

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 101

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'ESTOMAC

Etude critique des contre-indications opératoires.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1925

PAR

André-Marie-Antoine CHAUVENET

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Médaille de bronze, 1924)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Prix de chirurgie, 1924)

AIDE D'ANATOMIE DÉLÉGUÉ A LA FACULTÉ

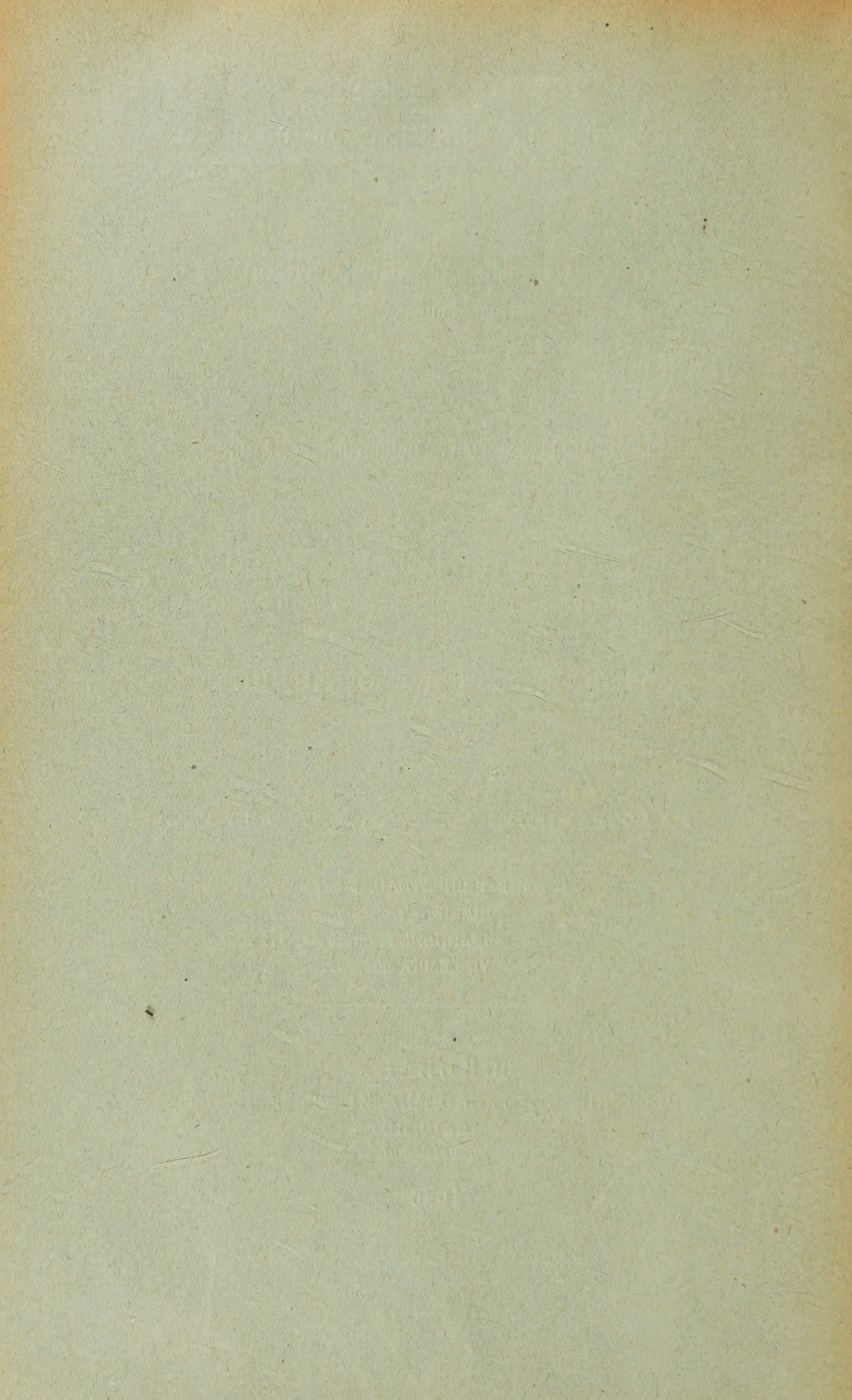
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE

Né à BOMPAS (Pyrénées-Orientales), le 17 janvier 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur ..	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	<i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1925





Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 101

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL
DU
CANCER DE L'ESTOMAC

Etude critique des contre-indications opératoires.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 10 Juillet 1925

PAR

André-Marie-Antoine CHAUVENET

INTERNE DES HÔPITAUX

LAURÉAT DES HÔPITAUX (Médaille de bronze, 1924)

LAURÉAT DE LA FACULTÉ (Prix de chirurgie, 1924)

AIDE D'ANATOMIE DÉLÉGUÉ A LA FACULTÉ

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE

Né à BOMPAS (Pyrénées-Orientales), le 17 janvier 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PRINCETEAU, professeur ..	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	} <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		VILLEMIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1925

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants..	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires...	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	N.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquées.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	JEANNENEY.
id.....	N.	id.....	N.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	N.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques	LABAT.
Accouchements.....	FAUGÈRE.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Chimie minérale.....	GOLSE.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Pathologie externe (4^e année) et petite chirurgie..... CHARRIER.
Pathologie externe (3^e année) et petite chirurgie..... LOUBAT.
Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



« Volontarisme et Méliorisme ».

A. WEBER.

Nous voudrions que l'on ne jugeât pas notre effort à la mesure du travail que nous présentons ici.

Selon l'usage nous aurions dû le dédier aux parents, aux amis et aux maîtres.

Cet hommage eût été un trop modeste témoin de notre affection et de notre respect.

M. le professeur Princeteau a daigné accepter la présidence de notre thèse. Nous l'en remercions avec gratitude et le prions de trouver ici l'assurance de notre respectueux dévouement.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

Étude critique des contre-indications opératoires.

INTRODUCTION

Contre un mal dont on ne sait rien, si ce n'est qu'il est inexorable, toutes les audaces sont permises. A l'heure actuelle, devant l'inexistence d'une thérapeutique médicale, devant la faillite des agents physiques, seule la chirurgie a pu donner quelques résultats dans le traitement du cancer de l'estomac. *Elle soulage, elle prolonge la vie, elle guérit.*

Certains se récrieront devant cette dernière affirmation.

Cependant elle n'est pas *a priori* et nous verrons qu'elles en sont les bases.

En la formulant ici, nous marquons d'emblée notre position.

Elle n'est pas commune à tous les chirurgiens. Certains d'entre eux, en effet, ne croient guère à l'efficacité des *interventions dites radicales* pour cancers gastriques. Pour eux, la chirurgie n'aurait que le rôle, honorable certes, mais bien

limité, d'apporter un soulagement au patient et celui de le bercer d'illusion.

C'est tout le problème de la gastro-pylorectomie pour cancer. Lion l'a énoncé de façon magistrale en se demandant « *si la gastro-pylorectomie n'était pas une opération palliative à échéance retardée.* »

Tant que nous ne connaissons pas d'autres armes que le bistouri pour lutter contre le cancer nous croyons le problème résolu.

Cette solution est *actuelle*, comme disent les philosophes. Mais elle a la valeur impérative d'une vérité et, de ce fait, conditionne nos actes immédiats. Il ne saurait en être autrement en biologie humaine.

Avec un diagnostic précoce et une intervention large faite aussitôt — presque une opération d'urgence ! — on guérit les cancers de l'estomac.

D'ailleurs, si l'on niait la possibilité de guérir — les faits prouvent l'absurde de cette hypothèse — il faudrait considérer la durée de la survie des malades ayant subi des exérèses gastriques, celle de ceux ayant subi des opérations palliatives et celle de ceux soignés par de bonnes paroles médicales.

Mais les dispensateurs de poudres, de pilules ou... de sérums opposent le spectre de la mortalité opératoire.

Nous leur dirons que la mortalité opératoire est moindre que *la mortalité médicale* quand il s'agit de cancer.

De plus, dans le choix de l'intervention — curative ou palliative, — il faut envisager, à survie égale, *la qualité* de cette survie suivant l'intervention qui l'a donnée.

Voici donc bien des faits à faire intervenir dans notre discussion à venir.

Ce n'est pas tout. Beaucoup de chirurgiens s'accordent pour donner la préférence à l'exérèse lorsqu'il s'agit de cancers pyloriques mobiles, sans métastases lointaines appréciables, sans troubles marqués de l'état général. Ils sont en désaccord lorsqu'il s'agit de cas apparemment moins favorables.

Il est des cas pour lesquels un chirurgien sensé ne saurait proposer une exérèse.

Mais il en est d'autres pour lesquels la chose mérite d'être discutée. Il est classique de citer un certain nombre de contre-indications absolues à l'intervention chirurgicale pour néoplasme gastrique. Nous en croyons le nombre trop grand.

Nous nous attacherons à leur étude critique. Aidé des conseils de notre maître, le D^r Charrier, et de MM. Charbonnel, Lefèvre, Papin, nous essaierons de voir si l'on peut restreindre le nombre des malheureux que l'on croit trop communément être encore au-dessus des ressources de notre art.

Après avoir étudié la valeur de la gastrectomie segmentaire ou totale au point de vue de ses résultats immédiats et éloignés, nous envisagerons successivement les diverses contre-indications à son application qui sont classiquement admises. Parmi elles nous verrons successivement le trouble de l'état général, les métastases abdominales ou extra-abdominales, enfin les facteurs techniques procédant des difficultés opératoires à surmonter.

CHAPITRE PREMIER

LA VALEUR DE LA GASTRECTOMIE POUR CANCER DE L'ESTOMAC

Un de nos maîtres nous parlait un jour d'un malade auquel il avait fait une gastrectomie pour tumeur. « Il y a plusieurs années que je l'ai opéré, disait-il. Il est vivant et ne présente aucun signe de récurrence locale ou de métastases. *Donc la tumeur que je lui ai enlevée n'était certainement pas un cancer.* »

Ce n'était pas une boutade, mais bien l'expression d'une opinion fermement arrêtée.

Ce chirurgien, et non des moindres, pense en effet qu'un cancer de l'estomac, après opération, donne un répit au malade mais ne guérit pas. Disons d'autre part que, même dans les cas où de très grosses difficultés techniques ne s'opposent pas à l'exérèse, ce chirurgien pratique plus volontiers une gastro-entérostomie.

Une telle opinion est en contradiction flagrante avec les faits observés. S'ils ne sont pas très nombreux, il n'existe pas moins de cas où la survie après gastrectomie peut être considérée comme une guérison définitive. Bien entendu nous ne comptons que les cas où le diagnostic de cancer a été fait au triple point de vue clinique, opératoire et anatomo-pathologique.

Peugniez a présenté à l'Académie de médecine un malade ayant subi, 24 ans auparavant, une gastrectomie large pour

cancer de la région cardiaque de l'estomac. Olivier cite des survies de onze, douze et vingt ans après, gastro-pylorectomie. Beaucoup de ces malades pouvaient être considérés comme indemnes de toute nouvelle évolution cancéreuse.

Pauchet, qui se montre assez pessimiste lorsqu'il s'agit des résultats éloignés des gastrectomies pour cancer, ne dit pas si dans sa pratique il existe des malades pouvant être considérés comme guéris.

Cependant il fait un *distinguo* subtil, quoique assez imprécis, entre les cancers et les « ulcères calleux dans lesquels l'examen microscopique montre quelques éléments néoplasiques ».

S'il y a des éléments néoplasiques (au sens où l'entend Pauchet qui dit plus loin *ulcères en voie de cancérisation*), il s'agit de cancer. Mettons qu'il s'agisse de cancers au début; c'est possible et même probable. Mais un cobaye nouveau-né est aussi bien un cobaye qu'un adulte. On ne saurait le faire appartenir, du fait de sa jeunesse, à une autre famille animale.

Ce n'est pas que nous pensions à l'homogénéité des néoformations que l'on place sous le même vocable de cancer. Il y a bien des faits disparates dans ce cadre trop *compréhensif*. Beaucoup en seront éliminés et placés, dans l'avenir, dans des cadres nosologiques différents. Demain peut-être nous apprendrons qu'il n'y a aucune identité de nature entre un squirrhe et un épithélioma encéphaloïde, entre un cancroïde cutané et un sarcome évoluant avec des signes généraux subaigus.

En ce sens, Pauchet a-t-il peut-être raison. Cependant, à l'heure actuelle, il convient de choisir, arbitrairement peut-être, une échelle des valeurs commune à tous. Une tumeur dans laquelle on trouve des cellules néoplasiques à morphologie et à disposition adéquates, qui récidive parfois après exérèse apparemment complète, qui s'accompagne de métastases, est une tumeur maligne.

Ce que l'on peut dire cependant, c'est qu'au niveau de

l'estomac comme ailleurs il y a de *bons* et de *mauvais cancers* (1). Dans quelle mesure, avant l'opération et pendant l'opération, la clinique et l'anatomie pathologique permettent-elles de nous les faire reconnaître les uns des autres ? Nous essaierons plus loin d'envisager cette question. Si une telle distinction clinique et opératoire pouvait être faite, il y aurait peut-être lieu de rectifier l'opinion que nous voulons soutenir ici.

Nous dirions alors : « Il est des cancers qu'il faut opérer parce qu'ils peuvent guérir après gastrectomie large. Mais il est aussi des cancers pour lesquels on se paie de mots en parlant d'opérations radicales; il ne faut pas y toucher. »

Pour le moment, bien que nous sachions toute l'imperfection de ce procédé, nous sommes obligé de faire un bloc de tous les cancers gastriques sans nous occuper de leurs différences morphologiques et cliniques (2).

Dans ce chapitre nous étudierons les statistiques que nous avons recueillies dans la littérature et celles de nos maîtres.

*
**

Il serait vain d'opposer à un mal redoutable un remède trop souvent meurtrier. Aussi bien la première question qui se pose est-elle celle de la mortalité opératoire après gastrectomie. Ici encore il ne peut s'agir que de mortalité globale et les chiffres perdent-ils beaucoup de leur valeur. Cependant si la mortalité globale n'est pas très forte, on pourra en déduire une mortalité infime pour les cas très favorables. Ce sera un argument de plus en faveur de l'intervention précoce.

En effet, une gastro-pylorctomie simple pour cancer mobile et non infecté sera beaucoup moins périlleuse qu'une gastrec-

(1) Nous verrons ailleurs que nous ne partageons pas l'avis de Pauchet qui dit avoir de plus longues survies après gastrectomies pour *ulcères cancérisés*.

(2) Nous ne voulons parler que des tumeurs malignes épithéliales.

tomie totale ou subtotale. D'autre part il est difficile de comparer une intervention faite sur un sujet débilité à la même intervention faite chez un sujet encore résistant. L'étude des observations et des cas particuliers qui est, somme toute, le point de départ d'une étude critique des contre-indications opératoires rapproche beaucoup de la vérité.

*
* *

Il n'y a pas que les médecins qui soient hantés par la crainte de la gravité immédiate de la gastro-pylorectomie. Des chirurgiens, non au courant de la chirurgie gastrique et qui ont le souci soit de la vie de leurs malades, soit de l'intégrité de leur statistique, ont pour cette opération une même répugnance.

C'est que beaucoup vivent sur des données anciennes. Le progrès en chirurgie gastrique s'est marqué par un abaissement net de la mortalité opératoire. C'est ainsi que si l'on suit les statistiques successives des chirurgiens qui font beaucoup de chirurgie gastro-intestinale, on voit leur mortalité opératoire baisser de 30 ou 40 % à 4 ou 5 % et même moins. Il s'est passé là un peu de ce qui s'est passé pour l'hystérectomie élargie pour cancer du col utérin.

A l'heure actuelle le Dr Lefèvre considère la gastrectomie pour cancer, *même dans les cas difficiles*, comme n'étant pas plus grave que l'opération de Wertheim. Cette diminution de la mortalité opératoire parallèle aux améliorations apportées à la technique chirurgicale est particulièrement nette dans la statistique d'Olivier, par exemple. Parmi ses malades opérés avant 1918, ce chirurgien notait une mortalité de 25 %. Depuis cette époque jusqu'en 1921 (1), elle est tombée à 0 %. Cette amélioration des résultats opératoires a coïncidé avec l'emploi systématique de l'anesthésie locale par Olivier.

Aussi bien n'est-il pas rare de trouver des chirurgiens qui, à l'heure actuelle, ont une mortalité opératoire à peu près

(1) Date où il a écrit son article.

nulle. Schwyzer, par exemple, a eu une seule mort sur 17 gastro-pylorectomies. M. Lefèvre a une mortalité nulle pour 12 opérés, dont certains pourtant étaient porteurs de grosses lésions et furent opérés dans de très mauvaises conditions au point de vue de leur état général (1).

Cependant il ne faut pas trop tabler sur ces séries heureuses. Si l'on veut avoir une idée approximative de la moyenne obituaire après gastrectomie, il faut envisager un certain nombre de statistiques.

Olivier, sur 66 cas, indique 10 morts dans la période opératoire; 3 malades sont morts de shock, 2 de péritonite et 5 de complications pulmonaires. Cela fait une mortalité globale de 15 %. La mortalité indiquée par Lion est de 39 %. Schönbauer et Orator ont fait 157 résections pour cancer gastrique (29 Billroth I; 128 Billroth II). Dans les trois semaines postopératoires, ils ont enregistré 33 décès. (6 après Billroth I, 27 après Billroth II), ce qui fait une mortalité globale de 20 %.

Mayo, cité par Pauchet, sur 730 cas de résections pour cancer gastrique, a eu une mortalité de 13,5 %. Quant à Pauchet, sa mortalité opératoire approximative est de 15 % (il la scinde en deux : 5 % de mortalité pour les ulcères en voie de cancérisation et 20 % pour les cancers).

M. Lacouture, dans une statistique qui a le défaut de n'être pas assez explicite sur l'étendue des lésions rencontrées et celui plus grand de ne pas dire un mot de l'avenir des opérés, indique qu'il a fait 13 gastro-pylorectomies pour cancer avec 2 morts, soit 15,3 %.

MM. Papin et Charbonnel ont fait respectivement 6 et 5 gastro-pylorectomies avec une mortalité de 33,3 % et de 40 %.

Enfin notre maître le Dr Charrier a fait jusqu'à ce jour 28 gastrectomies pour cancer avec 5 morts. Remarquons que parmi ces 28 gastrectomisés, 2 ont subi une gastrectomie totale ou subtotale et que 2 autres ont subi, en même temps que l'exérèse gastrique, une importante résection colique. C'est dire

(1) Depuis M. Lefèvre a fait 6 ou 7 autres gastrectomies sans le moindre décès.

combien sont différents au point de vue des conditions opératoires les cas groupés ensemble. Cette mortalité globale de 17,8 % fait augurer de bien meilleurs résultats, si l'on pense aux cas pris au début, avec des lésions limitées, chez des sujets non cachectiques.

Si à présent nous considérons toutes ces statistiques opératoires, nous pouvons dire que, d'une façon globale, la mortalité opératoire moyenne de la gastrectomie est d'environ 19 à 20 %.

En regard de ces chiffres, quelle est donc la mortalité opératoire des autres interventions ? Nous transcrivons, dans le tableau comparatif suivant, les résultats que nous a donnés à ce sujet l'étude de quelques statistiques.

CHIRURGIENS	GASTRO- PYLORECTOMIE	MORTALITÉ	GASTRO- ENTÉROSTOMIE	MORTALITÉ	LAPAROTOMIE EXPLORATRICE	MORTALITÉ
		%		%		%
Schwyzer.....	17	5.8	9	0.0	Non indiquées	»
Olivier.....	66	15.0	»	»	»	»
Schonbauer X.						
Orator.....	157	20.0	104	10.0	104	10.0
Lefèvre.....	12	0.0	25	4.0	»	0.0
Lion.....	41	39.0	49	20.0	»	»
Mayo.....	720	13.5	612	11.0	745	2.0
Pauchet.....	»	15.0	»	»	»	»
Charrier.....	28	17.8	»	»	»	»
Lacouture.....	13	23.9	15	20.0	»	»
Charbonnel.....	5	40.0	6	33.0	4	0.0
Papin.....	6	33.3	11	20.0	8	12.5
MORTALITÉ MOYEN- NE GLOBALE....		20.3		14.5		4.8

Il ressort de ce tableau que la gastro-pylorectomie a une mortalité opératoire sensiblement supérieure à celle de la gastro-entérostomie. Cependant nous devons faire remarquer l'imperfection manifeste de ce procédé d'études critiques à l'aide d'additions et de règles de trois.

Par exemple la statistique de M. Papin donne une mortalité opératoire de 12,5 % pour la simple laparotomie exploratrice. Ce chiffre paraît exagéré et l'est en effet. Sur ses 8 opérés, M. Papin a fait une laparotomie *in extremis* (Obs. XXI,

A elle seule, grâce à la conversion en %, elle grève fortement la mortalité pourtant si limitée de la laparotomie.

D'autre part, la mortalité opératoire par gastrectomie dans la statistique de Lion est de 40 %. Or cette statistique porte sur des malades opérés de 1903 à 1923. Dans ce laps de temps de vingt ans, que de modifications et surtout de simplifications apportées à la technique opératoire de la gastrectomie !! Voici encore, de ce fait, nos calculs passablement adultérés.

Aussi bien avons-nous l'impression qu'à l'heure actuelle la gastro-pylorotomie, tout en restant plus grave que la gastro-entérostomie, tend à devenir pas beaucoup plus meurtrière qu'elle (1). Ceci est surtout vrai lorsqu'il s'agit de cas opérés précocement (5 % de mortalité pour les ulcéro-cancers, Pauchet, et 20 % pour les cancers).

*
* *

Il ne faut pas attribuer trop de valeur à la différence nette qui existe encore entre les résultats immédiats de la pylorogastrectomie et ceux de la gastro-entérostomie.

Le surcroît de la mortalité immédiate de la gastrectomie est largement compensé par l'excellence relative de ses résultats éloignés.

Si bien qu'aux chirurgiens qui, reculant devant la gastrectomie, préfèrent pratiquer la gastro-entérostomie, on peut dire qu'ils font une opération donnant en quelque sorte *une mortalité opératoire à échéance un peu retardée*.

En effet, toutes les statistiques s'accordent pour limiter à six mois la durée de survie après gastro-entérostomie. Beaucoup de chirurgiens même rabaissent ce nombre qu'ils estiment trop élevés (à quatre mois, Pauchet).

On parle bien des survies prolongées après gastro-entérostomie. Elles sont exceptionnelles. Mélamet les a étudiées dans

(1) L'emploi systématique de la gastrectomie en 2 temps y contribue pour beaucoup, pensons-nous.

sa thèse. Pour lui la survie moyenne est de six à huit mois. Les survies extrêmes, rares d'ailleurs, peuvent atteindre jusqu'à vingt-quatre mois. Mais la plupart des cas considérés comme de très longues survies (plusieurs années) ne résistent pas à la critique. Dans ces cas il ne s'agissait jamais de cancer, mais de tumeurs inflammatoires. Il est impossible de trouver dans la littérature une seule observation de survie de plusieurs années après gastro-entérostomie pour sténose soi-disant cancéreuse du pylore, *appuyée sur un examen histologique*.

Nous verrons dans le dernier chapitre de ce travail que le relèvement de l'état général après gastro-entérostomie et la survie prolongée sont le fait d'erreurs de diagnostic opératoire. Nous rapportons à ce sujet une observation de M. Papin. Dans sa thèse, Mélamet rapporte une observation instructive de notre maître le professeur Chavannaz qui confirme bien ces faits (1).

Quoi qu'il en soit, il faut retenir que la gastro-entérostomie donne une survie très limitée et que les survies extrêmes sont très rares. On ne doit pas compter sur elles. *En chirurgie on ne joue pas l'exception*.

Enfin ajoutons que la *qualité* de la survie après gastro n'est très brillante. L'état général ne se relève parfois pas du tout. Parfois, il se relève bien, il semble que tout va aller pour le mieux. Mais ce n'est qu'un feu de paille vite éteint, et le malade redevient un impotent confiné au lit et douloureux.

En face de ces résultats se dresse l'amélioration très grande apportée par l'exérèse de l'estomac cancéreux.

Il n'est pas rare de rencontrer des guérisons au delà de deux et de trois ans. Mayo donne 33 % de guérisons de plus de trois ans et 22 % de guérisons de plus de cinq ans. Si l'on étudie les observations recueillies dans la littérature et celles inédites que nous rapportons dans notre thèse, on voit que ces chiffres n'ont rien d'exagéré.

Et ces résultats paraissent d'autant plus appréciables que souvent ces opérés étaient porteurs de lésions déjà avancées.

(1) G. Chavannaz, *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1908, page 368.

En parlant de la laparotomie exploratrice, M. Lefèvre disait à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux : « Je la propose systématiquement à tous les malades, même à ceux que je soupçonne, après examen clinique et radiologique, être totalement inopérables, du fait du volume ou de l'étendue de la tumeur, ou de leur aspect cachectique (œdème, ascite, anémie intense). »

Sur 12 malades se présentant dans de telles conditions, 8 n'ont été justiciables d'aucune intervention, même palliative. Mais chez *quatre*, la laparotomie a permis de constater la possibilité d'enlever *sinon tous les ganglions*, du moins *toute la masse néoplasique*.

Or, de ces 4 malades, 1 a survécu trois ans et demi; 1 a survécu dix-huit mois; 1 a survécu six mois, et un autre a survécu un an et demi environ. Dans plus de 50 % des cas, d'après la statistique du D^r Lefèvre, la survie a dépassé deux ans.

Lion a rapporté 41 cas de gastrectomie pour cancer avec 16 décès. Restent 25 survivants. Parmi eux 6 sont morts dans le courant de l'année; 6 ont vécu moins de deux ans; 1 a atteint la deuxième année; 1 a dépassé la deuxième année. Les 41 autres opérés ont vécu plus de quatre ans. 5 d'entre eux sont encore vivants en 1924 : l'un après neuf ans; 2 après cinq ans 9 mois, 1 après cinq ans cinq mois, et un autre après quatre ans trois mois.

Parmi les 17 opérés de Schwyzer, 16 ont survécu, 9 malades opérés pour des lésions très avancées ont été améliorés pendant assez longtemps, plus et mieux qu'ils ne l'auraient été par la gastro-entérostomie. Les sept autres ont dépassé la troisième année avec des survies de trois ans et demi, cinq ans trois quarts, six ans un quart, six ans et quart et six ans et demi (1).

Dans sa statistique (2), Olivier a pu suivre la plupart des opé-

(1) Dans tous ces cas le diagnostic opératoire a été vérifié par l'examen microscopique.

(2) Malades de Guillaud et d'Olivier.

rés guéris (66 gastrectomies, 56 survivants). 13 de ces malades étaient vivants au moment où son article a été écrit : trois opérés depuis moins d'un an, trois depuis moins de trois ans, deux depuis plus de trois ans, un depuis plus de quatre ans, cinq depuis plus de six ans.

40 malades étaient morts : seize la première année, treize avant la troisième année.

Les 11 restants sont morts après une survie très prolongée : quatre sont morts de récurrence *in situ* après cinq et sept ans; 4 sont morts de métastase hépatique dans le courant de la quatrième année; trois sont morts de maladies diverses après onze, douze et vingt ans de survie.

Nous pourrions encore citer d'autres statistiques qui sont entièrement d'accord avec celles que nous venons de rapporter (Chever, Schönbauer et Orator, etc.).

Qu'il nous soit permis de signaler encore celle de notre maître M. Charrier (1).

Cette statistique porte sur 28 cas de gastrectomie avec 5 morts. Sur les 23 survivants, 7 ont été perdus de vue. Sur les 16 restants, un est mort cinq à six mois après l'intervention (malade ayant subi une résection gastrique avec colectomie segmentaire); trois sont morts de récurrences abdominales, un après quatorze mois de survie, un après douze mois et l'autre après onze mois de survie.

Les 12 autres sont encore vivants. Deux sont des malades ayant subi une gastrectomie totale, une il y a quatre ans dix mois, l'autre il y a deux ans huit mois. Deux autres opérés survivent depuis deux ans et trois ans. Les autres sont opérés depuis un an onze mois (1 cas), un an et demi (3 cas), quatorze mois (1 cas), huit mois (3 cas). Ces malades, vivant actuellement, n'ont pas de signes de récurrences.

Devant l'éloquence de tels chiffres, nous n'avons qu'un

(1) Statistique inédite. Une partie a été déjà publiée en 1923 (*Journal de Médecine de Bordeaux*) mais nous avons pu, depuis, avoir des renseignements sur les malades.

seul étonnement. C'est qu'il faille encore faire un plaidoyer en faveur de la gastrectomie pour cancer.

En effet, si la gastrectomie n'était vraiment qu'une « *opération palliative à échéance retardée* », à ce seul titre elle mériterait d'être pratiquée chaque fois qu'il ne serait pas matériellement impossible de le faire. Mais la valeur de la gastrectomie dépasse ce rôle. Elle guérit. Il faut être sévère quand on parle de guérison d'un cancer. Mais lorsqu'un malade vit encore dix ans (Hartmann, Enriquez et Durand), onze ans, douze ans et vingt ans (Olivier) après la gastrectomie on peut, nous semble-t-il, parler de guérison définitive. A plus forte raison lorsqu'il s'agit d'un malade comme celui de Hayem que connaît Lion et qui, opéré en 1898, vivait encore en 1923. Seule la gastrectomie peut donner de tels résultats.

Admettons qu'ils ne soient pas légion (néanmoins les survies de cinq et six et sept ans sont assez fréquentes), cela prouve simplement que, même dans les mauvaises conditions où l'on opère actuellement on obtient des résultats pouvant arriver à la guérison. C'est un enseignement et une incitation à faire mieux. Et faire mieux, c'est opérer plus tôt et plus largement.

*
* *

La qualité de la survie. — Ainsi, se fier à la moindre mortalité opératoire de la gastro-entérostomie est un leurre. Si la gastrectomie est encore un peu plus grave que la gastro, elle peut guérir, et, si elle ne le fait pas encore assez souvent, du moins donne-t-elle une survie toujours plus longue.

Mais survivre n'est rien si l'on vit dans la douleur et l'impotence. Et la précarité des résultats obtenus par les opérations palliatives n'a échappé à personne.

Nos maîtres, MM. Charrier et Charbonnel, ont écrit justement : « Notons d'abord la différence frappante du « retour à la vie » après opération entre gastro-entérostomisés et gastrectomisés pour cancer : les premiers restant malgré tout frappés à mort, reprenant seulement pendant deux à quatre

mois, puis recommençant à être inquiets, à souffrir, etc.; les seconds, au contraire, transformés, commençant vraiment une nouvelle vie, avec un moral confiant, car ils pensent être radicalement débarrassés de leur mal (et les malades finissent toujours par savoir si on leur a fait une opération radicale ou une opération palliative). »

Nous pensons avec une certaine tristesse à ces malheureux pour lesquels, par des opérations successives, on lutte contre un mal implacable. On sait que Delore a préconisé des opérations itératives pour *prolonger* la vie des cancéreux de l'estomac inopérables. Cette lutte pied à pied contre la mort est émouvante et grave. On peut l'éviter en faisant coûte que coûte une opération d'exérèse aussi large que possible lors de la première intervention (1).

Aussi bien certains chirurgiens accusent-ils des survies prolongées après des exérèses sûrement incomplètes (Lefèvre). Dans ces cas, la gastrectomie a été presque, de parti pris, une opération à but palliatif.

Parce qu'elle seule peut guérir et parce qu'elle donne toujours des survies plus longues que les opérations dites palliatives, la gastrectomie est l'opération de choix dans le traitement du cancer de l'estomac. *Les opérations palliatives ne doivent vivre que des contre-indications absolues de la gastropyloréctomie.*

(1) Bien entendu dans la mesure où elle est techniquement et biologiquement réalisable.

CHAPITRE II

DANS QUELLE MESURE LES TROUBLES DE L'ETAT GENERAL PEUVENT-ILS ETRE CONSIDERES COMME UNE CONTRE-INDICATION OPERATOIRE ?

« Sublata causa, tollitur effectus ».

En présence d'un cancéreux de l'estomac, pâle, maigre, asthénique, hypotendu, peut-on déconseiller l'intervention chirurgicale, dût-elle se borner à une laparotomie exploratrice ?

La question se pose chaque jour. L'incurie des malades qui viennent trop tard aux médecins, les médecins qui temporisent avant de conseiller l'intervention — quand ils ne la déconseillent pas formellement, — rendent ces cas encore trop nombreux.

Nous savons trop la difficulté qu'il y a souvent à porter un diagnostic ferme de cancer de l'estomac. Cependant, dans bien des cas, on n'a pas besoin d'attendre l'apparition d'une tumeur épigastrique et le développement de la cachexie pour faire un diagnostic, fût-il *de simple probabilité*.

C'est qu'en effet, si l'examen clinique et les recherches de laboratoire ne donnent pas une certitude (la négativité de ces derniers n'est pas rare), il ne faut pas s'en tenir là. Comme le dit Pauchet, « il ne faut pas que le médecin amuse encore le dyspepsique avec des petits traitements, poudres et bonnes paroles qui font perdre du temps ».

Si l'on a des raisons de craindre — il faut toujours y songer, même chez des sujets jeunes — le développement d'un

cancer gastrique, on doit conseiller la *laparotomie exploratrice*.

C'est un procédé d'exploration précieux, *sans gravité*, et qui permet souvent seul de faire un diagnostic précoce et d'amener à un traitement satisfaisant.

Malheureusement on se révolte un peu devant le terme de laparotomie exploratrice. On ne croit pas volontiers à l'innocuité d'une telle méthode d'investigation. Et ceux-là même qui la réprouvent useront parfois de procédés de laboratoire souvent plus scabreux.

Aussi bien cette crainte est-elle souvent la cause que le chirurgien voit venir à lui des sujets pour lesquels on a conseillé l'intervention en désespoir de cause, au moment où les signes de cancer sont trop évidents et où la cachexie a marqué le malade de son sceau.

Un exemple ?

OBSERVATION.

(D^r CHARRIER, inédite).

Un malade de 60 ans, M. Jean, sans antécédents pathologiques, souffre de l'estomac depuis un an environ. Il n'a aucun signe de sténose physique, mais présente de l'anorexie et, surtout, malgré qu'il n'ait eu ni hématomèse ni mœlena, il se met à pâlir rapidement et à perdre ses forces. *En mars 1924*, il voit apparaître dans la région épigastrique une grosseur d'abord du volume d'une noix, dure, mobile, non douloureuse.

Il va voir un médecin qui, sans l'examiner, lui prescrit cachets et paquets, un régime et un traitement arsenical « pour l'anémie ».

Trois mois après, le malade non amélioré va revoir son médecin. Celui-ci se décide à faire le diagnostic de tumeur de l'estomac. Il en informe le malade et sa famille. Mais il a soin d'ajouter « Il vous faut une opération. Mais à l'heure actuelle vous ne pourriez pas la supporter à cause de votre état général. Allez passer cinq ou six mois à la campagne et allez à l'hôpital voir un chirurgien. »

Le malade obéissant va à la campagne, puis revient à Bordeaux,

où il entre à l'Hôpital Saint-André, le 20 décembre 1924, dans le service du D^r Charrier. Nous l'examinons à ce moment.

Il s'agit d'un homme très amaigri, de teint extrêmement pâle, un peu jaune, avec les muqueuses décolorées.

Il parle d'une voix cassée et présente les signes d'une asthénie extrême. Tension artérielle dérisoire.

Au niveau de l'épigastre on sent une masse grosse comme une grosse orange, bosselée, irrégulière, dure et un peu mobile. On ne détermine aucune douleur à son niveau.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume. Un peu d'œdème malléolaire bilatéral. Rien par ailleurs.

L'examen radioscopique ne peut pas être fait à cause de la faiblesse du malade.

L'examen du liquide gastrique montre une anachlorhydrie et la présence de sang.

Examen hématologique :

Temps de saignement cinq minutes.

Hématies 3.500.000.

Leucocytes 5.200.

On pratique (Chauvenet) 2 transfusions sanguines de 200 centimètres cubes et, après quelques jours de soins, on opère le malade le 27 décembre 1924, sous anesthésie locale, plus quelques bouffées de chloroforme.

On trouve un énorme cancer médiogastrique adhérent en bas au mésocôlon, en arrière au pancréas. On fait une gastrectomie large et particulièrement émouvante. Le malade — malgré une transfusion de 300 centimètres cubes — meurt de shock le troisième jour (épithélioma de type Liberkühnien).

Nul doute que s'il était venu six mois plus tôt ou aurait pu mener l'intervention à bonne fin et donner peut-être à ce malade une survie prolongée.

De tels faits se passent de commentaires. Nous en citons un, nous pourrions en citer six.

Cependant, il n'est pas étonnant que des médecins aient été impressionnés par la précarité de l'état général de leurs

malades et aient craint des suites fâcheuses s'ils les faisaient opérer. Aussi bien avons-nous le regret de constater que certains chirurgiens reculent devant l'acte opératoire dans ces cas où les malades débiles, intoxiqués et cachectiques, paraissent devoir offrir peu de résistance.

C'est un peu comme si l'on voulait attendre qu'un malade fût désintoxiqué pour l'opérer d'occlusion intestinale.

Autrefois on craignait la fragilité des cancéreux pâles et Morestin en particulier y a insisté. Aujourd'hui, grâce à des voies pré et postopératoires mieux réglées, grâce à l'emploi de la transfusion sur laquelle Pauchet a si justement insisté dans un récent congrès de chirurgie, on ne doit plus vivre sur de telles formules.

Notre maître, le D^r Charrier, nous a souvent dit qu'il avait passé outre ces contre-indications classiques et qu'il n'avait pas eu à le regretter. Dans les observations que nous rapportons, beaucoup montrent le bien-fondé de cette manière d'agir.

Parmi les opérés de MM. Charrier, Lefèvre, beaucoup étaient pâles et asthéniques et pourtant ont supporté des interventions parfois longues et pénibles.

Telle était la malade à laquelle le D^r Charrier a fait une gastrectomie totale.

OBSERVATION.

(D^{rs} CHARRIER et PRINCETEAU).

A. M. B..., 49 ans, portière dans un couvent, est soignée depuis deux mois par son médecin pour vomissements, hématomèses et amaigrissement. Déjà, il soupçonne un néoplasme et demande un avis chirurgical; la malade et son entourage refusent.

Ce n'est que plusieurs semaines plus tard, devant les progrès de l'émaciation, devant l'impossibilité de l'alimentation que la malade accepte auprès d'elle un chirurgien.

Lorsqu'on l'examine, on est frappé par un état de maigreur im-

pressionnant, le pouls est petit, le teint très pâle, et la malade ne quitte plus le lit depuis plusieurs semaines. Elle vomit même la plus grande partie des liquides qu'elle ingère.

A la palpation du creux épigastrique on perçoit une grosse tumeur du volume d'une orange, peu mobile sous les doigts, mais suivant les mouvements diaphragmatiques.

Pas d'ascite, pas de gros foie, rien ailleurs.

Passé très net d'ulcère gastrique.

Malgré l'état général très mauvais, on propose une laparotomie exploratrice. Après les soins préopératoires d'usage, opération à l'anesthésie mixte (alcoocaïne, chloroforme).

Dès l'ouverture de l'abdomen, la tumeur se présente bosselée, irrégulière et mobile. Extériorisation facile de la tumeur qui est médiogastrique.

Gastrectomie totale (il reste du côté du cardia une collerette très réduite de paroi gastrique que l'on peut comparer à une demi-coque d'œuf de poule). Anastomose cardio-jéjunale et jéjuno-jéjunostomie.

Suites opératoires parfaites (obs. publiée par MM. Charrier et Princeteau. V. bibliogr.).

Actuellement, quatre ans et dix mois après l'intervention, la malade est bien portante, fait son métier et n'a pas de signes cliniques de récidence.

Voici donc l'histoire d'une malade qui, sans présenter, à proprement parler, une *forme anémique* de cancer de l'estomac, est venue au chirurgien dans un état de pâleur et de cachexie extrêmes. Elle a pourtant fait les frais d'une intervention large et, depuis son intervention, mène une vie normale. En admettant même que l'avenir nous montre que ce n'a été que répit et non guérison, ne doit-on pas se féliciter du résultat obtenu et en tirer une instruction?

S'il n'y a pas d'autres contre-indications par ailleurs, la maigreur, l'asthénie, la cachexie, ne doivent pas arrêter la main du chirurgien.

Causées par le cancer qui agit tant comme un élément d'intoxication générale de l'organisme que par la gêne mécani-

que qu'il apporte au transit alimentaire, ces perturbations de l'état général doivent entraîner une thérapeutique étiologique, c'est-à-dire l'exérèse du néoplasme, si elle est anatomiquement possible.

Bien entendu on partira, après avoir hydraté le malade et soutenu son myocarde, avec l'idée première de faire une laparotomie exploratrice. Celle-ci étant faite, on agira suivant les circonstances.

*
* *

Remarquons toutefois que ce n'est pas tant la maigreur, la pâleur et l'asthénie qui ont été considérées comme des contre-indications que les œdèmes marastiques qui les accompagnent souvent. Parfois ces œdèmes se localisant à la face donnent aux malades un aspect un peu bouffi très particulier. Leur siège le plus fréquent est au niveau des malléoles et aux points déclives. Ils ne sont pas influencés par le repos. On sait bien qu'il existe des formes œdémateuses des cancers gastriques qui peuvent simuler le brightisme.

Ils ont la même cause que la pâleur et l'asthénie. Ils sont dus à une intoxication que seule l'exérèse de l'agent pathologique saura éviter.

A la période préterminale de l'affection, on voit des œdèmes blancs des membres inférieurs si caractéristiques et qui constituent la phlegmatia alba dolens des cancéreux. En réalité il y a là quelques points cliniques et pathogéniques qui méritent une étude spéciale. Nous pensons qu'on doit modifier les opinions généralement admises sur ces phlegmaties blanches. Nous avons l'intention de consacrer des recherches à cette question.

Quoi qu'il en soit, parmi les observations qui nous ont été données, en particulier parmi celles du D^r Lefèvre, il n'est pas rare de voir des cancéreux avec œdèmes, opérés, guéris de leur intervention et ayant présenté des survies assez importantes.

Telle est la malade citée par le D^r Lefèvre dans une com-

munication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, le 13 février 1924.

OBSERVATION.

Un cas de cancer gastrique opéré à la période cachectique, guérison se maintenant depuis juin 1923.

Mme M..., 31 ans. Malade souffrant de l'estomac (douleurs à type hyperchlorhydrique, hématomèses), depuis 8 ans.

En 1922, les crises reprennent de plus belle, les douleurs sont plus fortes et deviennent plus persistantes. La malade s'affaiblit, pâlit et maigrit. Un jour elle présente un mœlena abondant; elle fait des hématomèses fréquentes. Régime et repos n'y font rien. En janvier 1923 apparaît une tumeur palpable au creux épigastrique. L'amaigrissement est extrême, la malade se décolore et perd ses forces. En février 1923, elle fait un séjour dans une clinique où l'on déconseille l'intervention chirurgicale.

Le 16 mai 1923, elle fait une hématomèse considérable. Le Dr Lefèvre voit la malade le 18 mai.

Le teint est d'ivoire, la malade est véritablement squelettique avec des oreilles translucides, des lèvres décolorées; œdème malléolaire remontant jusqu'à mi-mollet. A l'épigastre on sent une tumeur dure, irrégulière, sensible. Le pouls est à 130.

Diagnostic : Ulcus calleux avec sténose pylorique et périgastrite. Réserves pour dégénérescence maligne.

Le 31 mai 1923, à l'anesthésie locale, laparotomie susombilicale. Il existe de l'ascite en quantité notable. Le pylore et l'antrum pylorique sont envahis par une tumeur irrégulière, blanchâtre, dure, qui infiltre les trois quarts inférieurs de la petite courbure. Ganglions nombreux le long de la grande courbure et sous-pyloriques.

On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique, très à gauche.

Un ganglion sous-pylorique est prélevé. L'examen histologique montre qu'il est envahi par une métastase cancéreuse.

2^e Intervention le 18 juin 1923. — A l'anesthésie locale. Le ventre

ouvert, on hésite à pratiquer l'exérèse, tant la tumeur est étendue et tant la petite courbure est infiltrée en haut, tant les ganglions sont nombreux.

Anesthésie du splanchnique droit par infiltration au-dessus de la tête du pancréas.

Pyloro-gastrectomie très large, presque au ras de l'œsophage.

Examen histologique : épithélioma colloïde.

Suites opératoires parfaites. Disparition de l'œdème malléolaire, engraissement de 24 kilos.

Cette malade est morte à la fin de l'année 1924, presque subitement. Malgré qu'elle continuât à souffrir un peu depuis son intervention (douleurs qui pouvaient être mises sur le compte d'une syphilis), elle mena jusqu'à sa mort une vie active, voyageant, conduisant elle-même son automobile. Ayant par conséquent eu une survie de un an et demi, dans des conditions relativement très favorables. (Note orale de M. Lefèvre).

Rappelons au sujet de cette observation (parmi celles du Dr Charrier il en est d'analogues), que M. Lefèvre a eu une *mortalité nulle* dans ses gastro-pylorotomies pour cancer et que trois de ses opérés « étaient porteurs de volumineuses tumeurs avec anémie intense, œdèmes, ascite; c'étaient de véritables cachectiques... ».

Il ajoutait, dans sa communication si pleine d'enseignement : « Si nous obtenons dans des cas désespérés des survies de deux ans et plus, quels seraient nos résultats si le cancer de l'estomac, dépisté à temps, pouvait être opéré dès son début? »

Comme nous le disions plus haut, la question de la *guérison* du cancer gastrique est toute là.

Mais dans les cas désespérés, où la cachexie paraît devoir arrêter le chirurgien, on a le devoir de tout oser parce que ces malades ont encore des ressources de vie que l'on ne soupçonnait pas.

*
* *

Nous avons parlé de la pâleur des cancéreux de l'estomac. Elle n'est pas une contre-indication. Cependant, il est des cas où l'anémie est le symptôme majeur du néoplasme gastrique. Depuis Hayem on connaît bien cette forme.

L'examen du sang a, dans ces cas, une importance sur laquelle nous n'avons pas à insister. Rappelons seulement que certains auteurs (Chabrol et Parmentier, Kupjurweit) ont insisté sur la valeur diagnostique et pronostique de la myélocytose sanguine dans ces cas. Elle serait un signe de métastases osseuses et, partant, contre-indiquerait formellement l'intervention sanglante.

Malgré nos recherches, nous n'avons pas pu trouver assez de documents pour juger de la valeur de ce signe. C'est une question qui mérite des travaux plus complets et qui seront difficiles à mener à bout à cause même de la rareté des métastases osseuses dans le cancer de l'estomac (1).

D'une façon générale on peut dire que lorsqu'il s'agit d'un cancer à forme anémique, la résistance du sujet à l'opération est très amoindrie.

Cependant, l'étude des observations montre qu'on a pu pratiquer avec succès des opérations graves chez de tels malades.

Chez eux, on doit remarquer qu'il y a un intérêt primordial à pratiquer une gastro-pyloréctomie. Chez les cancéreux pâles et cachectiques qui ont une sténose du pylore, la gastro-entérostomie amène parfois une réduction des phénomènes douloureux et un relèvement transitoire de l'état général. Mais il faut se rappeler que la simple gastro-entérostomie n'a aucune action sur l'anémie cancéreuse. Lœper, Faroy et Debray citent l'observation d'une malade de Riche qui avait un cancer à forme anémique avec, en plus, des signes d'obturation pylorique. L'anémie était intense, puisque le chiffre des globules

(1) Gussenbauer et Winiwarter n'en signalent même pas l'existence sur 903 autopsies.

rouges ne dépassait pas 763.000 éléments par millimètre cube.

Après gastro-entérostomie, on assista à un relèvement de l'état général (transit alimentaire rétabli), mais il n'y eut aucune modification du syndrome anémique (permanence de la masse néoplasique).

Aussi bien ressort-il de ce qu'ont écrit Marcorelles, Rieux, Lœper, que c'est à la présence du tissu néoplasique que l'on doit attribuer les troubles sanguins observés.

Par des expériences astucieuses, Lœper, Faroy et Debray montrent que le complexe protéine-lécithine est hémolytique chez les cancéreux et qu'il y a hypocholestérinémie dans les cancers à forme anémique (!).

C'est un fait qui a peut-être beaucoup de valeur. Pour nous qui nous méfions des expériences complexes d'où l'on déduit la biologie, nous n'en retiendrons que cette conclusion : à savoir que l'anémie même grave n'est pas une contre-indication à opérer les cancers de l'estomac.

Il faut ajouter que dans ces cas, la gastro-entérostomie n'a aucune influence sur le syndrome anémique et qu'il faut à tout prix tenter la résection gastrique, si l'on veut donner au patient quelque chance de survie. Il n'est pas dans notre rôle de parler des soins post-opératoires et en particulier de la transfusion sanguine pré et postopératoire à laquelle nous attribuons une grosse valeur.

*
**

Enfin, certains ont tendance à considérer le grand âge des malades comme une contre-indication opératoire pour cancer de l'estomac.

Ils se servent de deux arguments pour appuyer leur opinion. D'une part, ils croient que la vieillesse ne permet pas de supporter une gastrectomie. D'autre part, ils estiment qu'à un âge avancé les chances de survie ne valent pas la gravité de l'intervention.

Pour l'argument d'ordre « sentimental », il faut simplement rappeler que le rôle du chirurgien et du médecin est de donner à l'homme la durée de vie maxima avec une activité maxima. Pour ce qui est du risque opératoire, il faut considérer une gastrectomie chez un vieillard comme n'étant pas plus grave qu'une opération de Freyer par exemple.

Parmi les observations que nous rapportons, beaucoup de malades ont dépassé la soixantaine. Un certain nombre sont âgés de 70 ans et plus. En voici une de particulièrement instructive à ce sujet, malgré que dans ce cas, il s'agisse de gastro-entérostomie.

OBSERVATION.

D^r LEFÈVRE (inédite).

Il s'agit d'un homme de 77 ans, B... (F.), envoyé à M. Lefèvre le 18 juin 1924 parce qu'il a maigri et a perdu l'appétit. Son histoire est très simple. B... a toujours joui d'une excellente santé et il n'est malade que depuis mars 1924.

Au début de mars, il a présenté quelques vomissements survenant après les repas et quelques vomissements tardifs alimentaires. Au bout d'une quinzaine de jours, ces vomissements se sont calmés et B... a seulement éprouvé quelques vagues douleurs abdominales après les repas. En même temps apparaissaient une perte complète de l'appétit, un amaigrissement très rapide; l'haleine devenait fétide et le malade perdait complètement ses forces.

Aucun passé gastrique. Le malade, au moment où on l'examine, a une constipation opiniâtre. Son anorexie est absolue.

A l'examen, homme paraissant exténué, teint terreux, lèvres décolorées. Le ventre est légèrement ballonné. Il y a de l'œdème des pieds et des malléoles. L'examen de tous les appareils reste négatif, mise à part la constatation d'une ascite libre.

Ne sachant quel diagnostic porter, on fait passer le malade aux rayons X après absorption d'un repas opaque.

On constate l'existence d'un estomac dilaté, énorme, descendant jusque dans le pelvis. Aucune évacuation; vingt-quatre heures après le premier examen, aucune parcelle du repas opaque n'a pénétré dans le grêle.

Le malade entre à la maison de santé. L'examen de ses urines décèle la présence d'acétone et d'acidose.

Pour arriver à nettoyer l'estomac, il faut faire pendant huit jours trois lavages quotidiens. Au premier lavage, la sonde à peine introduite, des gaz si fétides s'échappent de l'estomac, que l'odeur en remplit la chambre et se propage dans le couloir. On retire un liquide infect contenant des débris de pruneaux ingérés deux mois avant.

On prépare le malade en faisant, outre les lavages, du sérum sous-cutané et de l'eau glucosée et bicarbonatée intrarectale.

Opération le 27 juin 1924. — Anesthésie régionale à la néocaïne à 1/200. Anesthésie excellente.

Laparotomie médiane. On trouve une volumineuse tumeur du pylore, dure, bosselée, mobile, tout à fait facile à extirper. Quelques ganglions. L'estomac est énorme, les parois en sont épaissies et infiltrées d'œdème.

Gastro-entérostomie transmésocolique très à gauche pour pouvoir faire ultérieurement une large gastro-pyloréctomie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites très simples. Lever le quatrième jour. Exeat le 12 juillet.

Le malade a recouvré tout son appétit, son teint a changé, ses œdèmes ont disparu.

Revu au début d'août, il a engraisé de 3 kilos. Il mange de tout et a repris ses forces.

Ses enfants ont refusé la gastro-pyloréctomie. Le malade est mort en octobre 1924 d'hémiplégie. Jusqu'au dernier moment, il avait retrouvé son appétit et ne souffrait plus.

Voici un malade âgé, opéré dans un état de fatigue extrême et qui a très bien supporté la gastro-entérostomie. M. Lefèvre a l'impression très nette qu'il aurait aussi bien supporté la gastrectomie. Quoi qu'il en soit, son âge n'était ni une contre-

indication à la laparotomie, ni une contre-indication à une opération palliative ou curative. Dans ce cas, la gastro-entérostomie lui a permis de se nourrir, de ne plus souffrir et d'avoir l'illusion de la guérison pendant les quatre mois qui se sont écoulés entre l'intervention et sa mort par hémorragie cérébrale.

*
* *

Ainsi les troubles de l'état général, l'amaigrissement, l'anémie, la cachexie, dus à un cancer gastrique ne sont pas des contre-indications opératoires. On peut même juger ainsi lorsqu'il s'agit de cas extrêmes.

L'âge des malades ne saurait — sauf dans certains cas (sénilité avancée, état marastique) — être un empêchement absolu à l'intervention chirurgicale.

On ne saurait dire « jusqu'à tel âge on peut opérer, au delà, il faut s'abstenir ». Il ne s'agit pas d'une question de chiffres, mais d'une question de résistance, d'aspect, de tonus que le clinicien saura apprécier.

Aussi bien, lorsqu'on jugera le malade trop affaibli pour supporter une opération désespérée en un seul temps, on fera le plus souvent, comme l'a surtout conseillé Delore, une gastro-entérostomie qui sera soit le premier temps d'une résection ultérieure, soit une opération définitive à effet palliatif.

Si nous n'avons pas parlé des affections intercurrentes, aiguës ou chroniques — cardio-pulmonaires en particulier, — qui peuvent contre-indiquer formellement l'intervention, c'est parce que cela tombe sous le sens commun.

CHAPITRE III

LES METASTASES

Suivant l'ordre que nous nous sommes tracé, nous étudions d'abord les contre-indications à la laparotomie qui peuvent être déduites de l'examen général du malade. Plus loin nous verrons les contre-indications à l'exérèse qui découlent de l'examen direct des lésions et des difficultés techniques proprement dites.

Comme un « leit motiv », nous avons dit souvent : la pâleur, l'asthénie, l'anémie ne sont pas des constatations qui doivent arrêter la main du chirurgien. Il faut passer outre et pratiquer la *laparotomie exploratrice*.

Mais nous savons aussi que si l'on peut prévoir des lésions ayant dépassé les limites de l'exérèse possible, si l'on est sûr qu'il existe des noyaux métastatiques disséminés dans l'organisme, l'on ne doit pas intervenir, *sauf pour soulager*, si possibilité il y a.

Ici nous voulons voir dans quelle mesure on peut affirmer l'existence de telles lésions. Or certaines constatations cliniques sont considérées par beaucoup comme des signes de certitude au point de vue de leur diagnostic et au point de vue du pronostic.

Nous nous proposons d'en faire l'étude critique. Elle aura des exemples pour base.

Parmi ces métastases, certaines sont abdominales, d'autres sont extra-abdominales.

A. — Métastases abdominales.

D'après Lebert les métastases des cancers gastriques se font par ordre : au péritoine, aux ganglions de la petite et de la grande courbure et du mésentère, au foie ($\frac{1}{3}$ des cas) puis au grand épiploon.

Ce sont les métastases hépatiques et celles qui sont « péritonéales », sans pour le moment autre précision sur leur siège, qui nous intéresseront.

Nous ne parlerons que pour les citer des métastases rectales sur lesquelles Bensaude a, à juste titre, attiré l'attention. Elles sont, dit-il, de grande valeur au point de vue diagnostique et pronostique. Nous les croyons rares. Cependant on doit les chercher systématiquement au cours du toucher rectal qui d'ailleurs, comme nous l'a enseigné souvent notre maître le professeur Chavannaz, doit être pratiqué chez tout malade que l'on examine pour une affection d'apparence gastrique.

Beaucoup de chirurgiens accordent à l'hépatomégalie une valeur pronostique importante. Accompagnant un cancer présumé de l'estomac, elle est souvent — et il est logique de le penser — un signe d'envahissement hépatique par le néoplasme.

La valeur de ce signe s'accroît lorsque la palpation permet de sentir des nodosités sur la face antéro-supérieure du foie.

Le plus souvent une telle constatation permet d'affirmer la métastase hépatique.

Cependant il est des faits, dont la rareté est apparemment très grande, qui montrent que parfois hépatomégalie, nodosités hépatiques, ne sont pas dues au cancer, mais à d'autres causes.

~ Nous ne voulons pas parler des foies cardiaques, paludéens, etc., que l'on attribuera facilement à leur cause.

Delore et Dunet ont rapporté l'observation nécropsique d'un malade chez lequel il y avait coexistence d'un cancer gastrique avec une tuberculose polyganglionnaire cervico-médiastinale et des nodules tuberculeux hépatiques simulant des métastases.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas analogue dans le service de notre maître le D^r Charrier.

Il s'agissait d'un homme de 55 ans venu à l'hôpital parce qu'il souffrait de l'estomac depuis quelques mois et avait des vomissements. Au point de vue clinique, il s'agissait d'une sténose cancéreuse du pylore. Le foie était légèrement augmenté de volume. Une broncho-pneumonie, qui devait d'ailleurs emporter le malade en quelques jours, contre-indiqua l'intervention.

A l'autopsie nous avons trouvé un cancer pylorique (épithélioberkühnien) petit, mobile, sans adhérences, avec quelques ganglions sous-pyloriques et le long de la petite courbure. Sur la face antéro-supérieure du foie, il y avait des taches blanches, de consistance dure. L'examen histologique qui en fut fait (lab. du D^r Sabrazès) montra qu'il s'agissait non de cancer, mais de tuberculose.

Voici donc un malade chez lequel, si l'on était intervenu, on aurait sans doute hésité à pratiquer une gastro-pyloréctomie, qui eût été très facile, à cause de la présence de nodules hépatiques que l'on aurait jugés cancéreux.

Nous ne croyons pas fréquents les cas analogues observés.

D'autre part, signalons le malade du D^r Lefèvre qui avait au niveau du foie une petite tumeur, prise d'abord pour une métastase de cancer gastrique et qui était une tumeur cornée.

Encore une fois tous ces faits sont rares. Cliniquement on peut parfois prévoir l'atteinte du foie par l'extension néoplasique. Le plus souvent ce n'est que le ventre ouvert qu'on pourra en déceler l'existence. Nous verrons que le volume de la tumeur gastrique ne doit pas — bien au contraire — faire prévoir l'atteinte du parenchyme hépatique. Ajoutons que, quand bien même on aurait pu soupçonner fortement l'envahissement du foie, cela ne doit pas empêcher l'opération. On doit faire la cœliotomie pour affirmer son diagnostic, et, le cas échéant, pratiquer une opération palliative.

Pour ce qui est des métastases mésentériques, épiploïques,
Chauvenet.

etc., la clinique peut parfois donner une certitude de diagnostic. Il en est ainsi lorsqu'il s'agit de malades présentant une ascite sanglante, avec des noyaux durs disséminés, qui marquent une carcinomatose péritonéale.

Dans ces cas nous pensons que le chirurgien doit s'abstenir. D'ailleurs, il s'agit de malades débiles, profondément cachectisés et pour lesquels la simple laparotomie est d'une gravité redoutable.

Mais il est des cas où les choses sont moins nettes. Nous voici par exemple en présence d'un malade cachectique, présentant de l'œdème des membres inférieurs, un peu d'ascite, un foie de consistance normale mais dépassant légèrement le rebord des fausses côtes. Ailleurs, il ne présente rien :

Cet homme est atteint d'un cancer de l'estomac. Ce que l'on sait de l'ascite chez les cancéreux du tube digestif nous incite fortement à penser que la chirurgie sera dans l'impossibilité de venir au secours de ce patient.

Pourtant notre maître, le Dr Lefèvre, n'a pas hésité à intervenir dans un cas analogue. Il a trouvé une tumeur difficilement extirpable, certes, mais extirpable. Il en a fait l'exérèse et a obtenu une survie de plusieurs mois.

De ce cas isolé nous ne saurions avoir l'imprudence de conclure une ligne de conduite unique et irréductible.

Cependant que risquait ce malade à une laparotomie ? Une certitude de mort contre une possibilité de vie.

Aussi bien, n'est-ce pas la leçon que nous voudrions voir tirer de ces faits.

Nous voulons surtout attirer l'attention sur la précarité de ces soi-disant signes pathognomoniques de l'extension cancéreuse que donnent certains chirurgiens pressés de publier des conclusions hâtives.

Quelle valeur par exemple attribuer à ce que Aperlo appelle le signe de Tansini ?

Le chirurgien italien prétend que si l'on constate un léger ballonnement épigastrique chez un malade atteint de cancer gastrique, on peut affirmer l'existence d'une extension im-

portante du néoplasme et abandonner l'idée d'une intervention. Il cite des exemples. Leur nombre est insuffisant pour qu'ils aient quelque valeur.

Comment tirer d'une telle constatation un diagnostic ferme d'inopérabilité, alors que dans des cas où, selon toute probabilité, le cancer était au-dessus des ressources de la chirurgie, celle-ci seule permit de constater l'étendue des lésions et la possibilité d'une exérèse ou d'une intervention palliative?

La laparotomie sera seule juge en dernier ressort.

*
**

B. — Métastases extra-abdominales.

Lorsqu'elles ne sont pas accessibles à la chirurgie (et tant que les moyens physiques ne sauront pas en arrêter le cours), les métastases lointaines des cancers gastriques peuvent être considérées à juste titre comme une contre-indication formelle aux opérations dites *radicales*.

Parmi ces métastases éloignées, nous ne parlerons que pour les citer des métastases pleuro-pulmonaires. Dans ces cas la majorité des chirurgiens refuserait de pratiquer une intervention même palliative — en cas de sténose par exemple.

Mais parmi ces foyers à distance, ceux qui sont superficiels nous retiendront davantage. Et parmi eux l'adénopathie cancéreuse, dite de *Troisier*, sus-claviculaire gauche.

Cette question a soulevé bien des discussions. Elle soulève en particulier un problème de thérapeutique générale en matière de cancer sur lequel nous insisterons. Quels sont donc les points à résoudre à propos du ganglion de *Troisier*?

1° *Le ganglion de Troisier est-il un signe certain de propagation d'un cancer viscéral aux ganglions sus-claviculaires?*

2° *S'il en est ainsi, faut-il voir là une contre-indication absolue à la gastro-pyloréctomie?*

D'après Hénoc'h, c'est Virchow qui, le premier, attira l'attention sur la valeur diagnostique et pronostique de l'adéno-

pathie sus-claviculaire gauche dans le cancer de l'estomac. (Hénoch, *Klinik der Unterleibs Krankheiten*, 1^{er} vol., Leberkrebs, Berlin, 1854.)

Jaccoud, Friedreich, puis Troisier, dans ses diverses publications depuis 1886, ont fait l'étude de cette adénopathie, symptomatique pour eux d'un cancer sous-diaphragmatique. L'exposé de ces travaux se trouve dans la thèse de Belin (Paris, 1887-88).

Plus près de nous, notre ami Nard a repris l'étude de cette question sous un jour nouveau. Cependant il nous paraît qu'il a été un peu timide dans les conclusions de son travail original et de grande valeur.

Malgré qu'il faille en rechercher l'existence systématiquement, le ganglion de Troisier est rare. Si bien que notre regretté maître, le professeur A. Venot, pouvait dire à Nard, le jour de sa soutenance de thèse : « J'ai failli ne pas lire votre travail car je n'ai jamais vu de ganglion de Troisier. Si je n'étais pas sage, j'en déduirais son inexistence. »

Quoi qu'il en soit, quand il existe, ce signe a-t-il toute la valeur diagnostique et pronostique que lui attribuait Troisier ?

Celui-ci, dans ses premières communications, était très catégorique. L'existence de l'adénopathie sus-claviculaire gauche devait être considérée comme un signe de quasi-certitude au point de vue diagnostic et pronostic.

Si bien que Belin pouvait écrire : « S'il s'agit d'un cancer accessible aux opérations chirurgicales, et si les ganglions éloignés sont malades, toute opération radicale devra être proscrite, car la généralisation cancéreuse qui s'effectue déjà ne pourrait que s'accélérer par une intervention sanglante. »

On a vécu sur cette formule jusqu'en 1899, époque à laquelle Soupault et Labbé firent à la Société médicale des Hôpitaux de Paris une très intéressante communication. Ce n'est pas qu'avant cette date Troisier n'ait pas un peu atténué la fermeté de ses premières affirmations. Cependant on avait pris pour règle de conduite de considérer l'adénopathie sus-claviculaire

gauche comme étant un signe certain de métastase cancéreuse et de ne pas opérer les malades qui en étaient porteurs.

Or Soupault et Labbé ont montré que sur 12 cas d'autopsie de malades atteints d'adénopathie sus-claviculaire gauche, 7 fois cette adénopathie était cancéreuse, 5 fois elle ne l'était pas. Sur 17 cas chirurgicaux, 7 fois l'adénopathie était néoplasique, 10 fois elle ne l'était pas.

Dans ces derniers cas, il y avait soit des signes d'hyperactivité ganglionnaire, soit des signes anatomo-pathologiques d'infections banales, tuberculeuses. D'autre part Jaccoud, Girode, Mathieu, Achard apportent aussi des exemples montrant la relativité de la valeur du signe de Troisier.

Malgré tout on a une tendance trop grande à ne pas tenir compte de ces faits et on croit toujours à la valeur de ce signe. Pauchet écrit encore en 1925 : « Sur 100 cancers d'estomac « certains » ou « possibles », au sujet desquels la question opératoire se pose, il y en a 50 d'inopérables. Cette inopérabilité est, dans le quart des cas, reconnue cliniquement par *l'un* (1) des signes suivants : Masse gastrique atteignant le rebord costal gauche, masse gastro-pylorique fixe, cancer du foie, ascite, *ganglions de Troisier* (2), défense musculaire au palper (?), indiquant généralement des métastases péritonéales. L'autre moitié des cas inopérables est reconnue aux rayons X. Le dernier quart des cas inopérables est reconnu par la laparotomie exploratrice » (3). Nous avons vu ce que l'on pouvait penser de l'ascite, et nous verrons ailleurs ce qu'on peut penser du volume de la tumeur. Pour ce qui est du ganglion de Troisier nous pensons aussi que Pauchet est par trop catégorique.

A propos d'un cas personnel, notre maître le Dr M. Charbonnel a entretenu la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux de la question de l'adénopathie sus-claviculaire gauche. Lui aussi pensait qu'il fallait accorder une grande valeur à ce signe. La malade qu'il a observée et n'a pas opérée parce

(1) C'est Pauchet qui souligne (!).

(2) C'est nous qui soulignons.

(3) Pauchet, *Pratique chirurgicale illustrée*.

qu'elle avait un ganglion de Troisier, a mis le doute dans son esprit. M. Charbonnel pense à juste raison que si le ganglion de Troisier existe dans les cancers gastriques, il n'y a aucune raison pour qu'il ne soit pas infecté par les microbes provenant d'un ulcère par exemple. De plus, si cette adénopathie peut être une adénopathie à germes banaux, il n'y a aucune raison pour qu'elle ne provienne pas d'un cancer gastrique ulcéré et infecté. De même, rien n'empêche la coexistence d'un cancer gastrique avec une adénopathie spécifique quelconque ou avec même une adénite chronique banale dont l'existence n'est plus à démontrer aujourd'hui. Les faits rapportés par Soupault et Labbé, l'évolution de l'adénopathie chez sa malade lui font penser que « *la présence clinique du ganglion de Troisier ne doit pas suffire à elle seule à écarter de manière absolue la main du chirurgien.* »

M. Charbonnel préconise la biopsie du ganglion sus-claviculaire (1). S'il est cancéreux, il pense qu'on peut, le cas échéant, faire des opérations palliatives, mais non l'exérèse. Si le ganglion prélevé est purement inflammatoire, et s'il n'y a rien par ailleurs, on peut extirper le néoplasme gastrique. Nous faisons nôtre la deuxième partie de ses conclusions. Nous verrons dans quelle mesure on peut discuter la première.

Ces conclusions sont celles auxquelles arrive Nard qui dit que : au point de vue diagnostique, le signe de Troisier est un signe de probabilité et non de certitude; dans les cas douteux, il faut faire une biopsie suivie d'examen microscopique.

La présence du ganglion de Troisier n'est donc pas un signe certain de métastase ganglionnaire éloignée dans le cancer de l'estomac. Cette adénopathie peut être soit une adénite aiguë ou subaiguë due à des germes infectieux provenant de la tumeur, soit une adénite chronique spécifique ou banale coexis-

(1) M. Bégouin cite le cas d'une de ses malades ayant un cancer du col utérin et un ganglion sus-claviculaire gauche. L'examen de ce ganglion montra qu'il était tuberculeux.

tante, soit enfin une adénopathie cancéreuse métastatique. (1 fois sur 180 cancers gastriques, Gussenbauer et Winiwarter).

Seule la biopsie permettra d'affirmer la nature de cette adénopathie.

Nous ne devons pas nous en tenir à ces conclusions.

MM. Charbonnel, Nard, disent que si le Troisier est de nature cancéreuse, on ne doit pas pratiquer d'opérations d'exérèse gastrique.

En réalité cette conclusion est la sagesse même. Cependant elle repose sur une hypothèse. Celle du mode de propagation des cellules néoplasiques de la masse cancéreuse, gastrique au ganglion infesté.

Si l'on peut admettre à coup sûr que c'est par *lymphangite cancéreuse progressive* (perméation) que s'est faite cette propagation, la présence d'un ganglion sus-claviculaire *histologiquement cancéreux* ne doit permettre au chirurgien que de pratiquer des opérations palliatives. Tandis que si l'on croyait à une *embolisation* d'une cellule néoplasique du cancer au ganglion, on pourrait à la rigueur admettre l'exérèse du ganglion cancéreux et l'exérèse de la tumeur primitive. L'observation du malade du professeur Chavannaz que rapporte Nard serait en faveur de cette manière de voir. Malheureusement, c'est le mécanisme de la lymphangite cancéreuse progressive qui est le plus souvent rencontré (par la voie du canal thoracique). De plus, il serait difficile cliniquement de trouver un signe permettant de dire si la métastase s'est faite par tel ou tel mécanisme.

Nard, avec un ton de scepticisme qui fait honneur à sa sagesse, dit que, peut-être, la fixité du ganglion sur les plans profonds pourrait être considérée comme étant en faveur d'un cancer propagé par le canal thoracique.

Il n'y a là rien de sûr.

Aussi bien, à ce point de vue, ne pouvons-nous tirer aucune conclusion bien précise. Le cas du professeur Chavannaz (où il s'agissait d'un cancer rénal opéré avec ganglion de Troisier

cancéreux survenant longtemps après. Extirpation de ce ganglion, guérison) pourrait à la rigueur permettre d'avoir l'audace d'agir de même dans les cas de cancer gastrique. Il y a là autre chose qu'une question de simple logique, il s'agit d'une question de hardiesse.

C'est en discutant de ces choses que notre maître le Dr Charrier a pu dire au Dr Bousquet qui se plaignait de la difficulté du diagnostic des cancers gastriques : « J'éprouve la même difficulté quand il s'agit de discriminer les contre-indications opératoires du cancer de l'estomac. Ce que j'ai vu est tour à tour décevant et tour à tour encourage aux audaces les plus grandes. »

CHAPITRE IV

Dans ce chapitre nous serons plus directement sur le terrain chirurgical. Jusqu'ici nous avons envisagé les contre-indications possibles à la laparotomie.

Certaines sont absolues. La plupart méritent d'être révisées et, contrairement à l'opinion de Pauchet, nous pensons que l'on doit faire la laparotomie exploratrice chez plus d'un quart des cancéreux de l'estomac qui se présentent au chirurgien.

Parmi les contre-indications énoncées par Pauchet on trouve « une masse gastrique atteignant le rebord thoracique gauche ». C'est, à peu de chose près, considérer la grosseur de la masse cancéreuse comme une contre-indication opératoire. En réalité, nous pensons que la grosseur apparente du cancer ne saurait être une contre-indication à la laparotomie. On peut — 2 observations du Dr Charrier en sont un bon exemple — trouver de très gros cancers facilement extirpables. L'indication de la laparotomie est d'autant plus nette pour nous que les plus gros cancers ne sont pas les plus malins.

Voici donc encore un fait qui ne doit pas empêcher la laparotomie exploratrice.

*
* *

La coélotomie étant faite, le chirurgien a les lésions sous les yeux. Elles sont ou de nature *certainement cancéreuse* ou

d'apparence cancéreuse. On sait que parfois ce diagnostic macroscopique est particulièrement difficile. L'histologie et l'évolution ultérieure du mal fixent le diagnostic. Il ne faut pas trop attendre le résultat de l'examen histologique, à notre avis. Dans ces cas douteux, il faut se comporter comme s'il s'agissait certainement de cancer, c'est-à-dire que si la gastrectomie en un temps est réalisable (du fait des possibilités techniques, et du fait de l'état général du patient), on ne doit pas hésiter à la pratiquer. Nous verrons dans le dernier chapitre de ce travail quelques faits qui sont à l'appui de ce que nous avançons ici.

Ainsi le chirurgien est-il en présence d'une tumeur *certainement* ou très probablement cancéreuse ? De deux choses l'une : ou il y a des métastases disséminées ou inextirpables du fait de leur situation anatomique; ou bien il n'y a pas de métastases ou celles qu'il y a paraissent pouvoir être extirpées en même temps que la tumeur primitive.

Dans le premier cas — nodules hépatiques, carcinomatose miliaire péritonéale, etc. — *on ne doit pas* faire la gastropyloréctomie. Outre que cette opération serait illogique, elle serait mal supportée par ces malades gardant de gros foyers cancéreux en activité. Mais dans ces cas on doit, le cas échéant, recourir aux opérations palliatives. Parmi celles-ci, la gastro-entérostomie pour *sténose pylorique* est le plus souvent indiquée. On la pratiquera où et comme on le pourra, suivant l'étendue des lésions. Nous avons rappelé plus haut le travail de Delore qui préconise les opérations itératives (1° gastro-entérostomie selon le mode habituel, postérieure à anse courte; 2° gastro-entérostomie antérieure à anse longue, complétée par une jéjuno-jéjunostomie). De même dans des cas plus rares sera-t-on amené à faire une jéjunostomie pour pouvoir alimenter le malade. Ces opérations doivent être considérées comme un pis aller.

Aussi bien, insisterons-nous davantage sur les contre-indications à l'opération de choix, à la gastrectomie qu'il faut

pratiquer lorsqu'il n'y a pas de métastases lointaines et hors de l'atteinte chirurgicale.

*
* *

Le volume du cancer n'est pas à lui-seul une contre-indication absolue à la gastrectomie. Tout d'abord, au point de vue général, les métastases du cancer ne sont pas toujours en rapport avec sa masse. Moutier a montré en particulier que les métastases hépatiques sont en raison inverse de la masse cancéreuse stomacale.

Son travail a pour base 90 cas de cancer gastrique (63 cancers et 27 ulcéro-cancers), sur lesquels il ne retient que 60 cas (30 sont éliminés parce que l'examen viscéral n'était pas complet; il s'agissait de gastrectomies).

Dans ces 60 cas, il y avait extension hépatique 16 fois (27 %). 12 fois sur 60 (20 %) le développement secondaire hépatique était très important. Dans ces 12 cas, il s'agissait de petits épithéliomas siégeant sur la petite courbure.

Dans les 44 cas où il n'y avait aucune métastase dans le foie, il y avait « une dizaine de cancers massifs de l'estomac et un nombre important d'entonnoirs cancéreux prépyloriques ».

Du travail de Moutier, comme le fait justement remarquer Keichenecker, qui l'analyse dans le *Bulletin de la société française pour l'étude du cancer*, on peut conclure « que l'existence d'une tumeur volumineuse de l'estomac doit, en général, faire craindre une extension lymphatique avec envahissement des séreuses; et qu'une tumeur de petit volume doit plutôt faire redouter l'ensemencement porto-hépatique ».

Nous sommes en droit — et les faits le prouvent — de conclure que lorsqu'il s'agit de gros cancers de l'estomac, si macroscopiquement le mal paraît limité, on pourra espérer de longues survies après gastrectomie.

Mais plus que le volume même de la néoformation, son siège sur l'estomac est important à considérer au point de vue opératoire.

Un cancer, même gros, s'il est situé dans la région antro-pylorique, peut s'accommoder d'une gastro-pylorectomie classique. Pour peu qu'il s'étende vers la région cardiaque, on est entraîné à pratiquer des résections très larges. A tel point que c'est pour de telles tumeurs que l'on a conseillé et pratiqué des *gastrectomies subtotaales et totales*.

Avant de savoir si des lésions aussi étendues méritent de telles interventions, il faut s'inquiéter de la gravité de ces exérèses larges et de la survie qu'elles peuvent donner aux patients.

Depuis que Czerny, en 1875, a pensé à la possibilité d'enlever tout l'estomac et l'a expérimenté sur le chien, depuis que Connor, en 1883, a pratiqué le premier cette opération sur l'homme, les travaux sur cette question se sont multipliés. Tout récemment, MM. Charrier et Charbonnel ont, à propos de 3 cas personnels, mis cette question au point dans un court article (1).

D'après ce travail il semble que la mortalité opératoire soit de 28 % environ. Elle est plus grave que celle de la gastro-pylorectomie classique. Et cela se comprend aisément. « La proportion des cas pouvant être un peu arbitrairement considérés comme guéris est d'environ 15 % (alors que dans les gastro-pylorectomies ordinaires, Mayo donne 33 % de guérisons de plus de trois ans, et 22 % de guérisons de plus de cinq ans. » Ces chiffres ne sont pas très brillants. Mais, encore une fois, il vaut mieux courir le risque opératoire et faire courir au malade sa seule chance de guérison ou de survie prolongée.

D'ailleurs, il faut un peu s'entendre sur le sens à donner à la *gastrectomie totale*. Kreuter veut qu'on ne désigne sous ce vocable que les exérèses passant en tissu œsophagien en haut, en tissu duodénal en bas. En réalité, le plus souvent on a

(1) Notons cependant que le travail de Kreuter, Erwin, paru en 1922 et rapportant une observation originale de gastrectomie totale vraie, semble leur avoir passé inaperçu.

gardé un peu de tissu gastrique de la poche cardiaque et l'on doit, avec Leriche, considérer comme totales ou subtotaux les gastrectomies passant au-dessus du pédicule splénique.

Si nous mettons dans un même groupe toutes les gastrectomies larges pour tumeurs gastriques de gros volume, nous voyons que malgré leur mortalité immédiate assez élevée, elles donnent, somme toute, d'assez bons résultats éloignés (survie de vingt-quatre ans, Peugniez, de quatre ans dix mois (1) et un an huit mois, Charrier, etc.).

Si bien qu'à ce seul point de vue Lion a pu écrire dans son travail remarquable : *« Le volume même considérable de la tumeur n'est pas une contre-indication à l'opération. Bien plus, elle ne saurait faire préjuger de la survie. Six au moins des tumeurs dont la résection a été suivie d'une longue survie avaient des dimensions considérables. Inversement, l'exérèse des petites tumeurs, facilement libérables, peut ne donner lieu qu'à une survie éphémère »*.

Ceci est en accord complet avec ce que nous avons pu tirer des observations de nos maîtres, MM. Charrier et Lefèvre. D'autre part, cette conclusion est bien en désaccord avec l'opinion de Pauchet que nous avons signalée plus haut.

Cependant il est des cas où l'on ne devra pas pratiquer ces exérèses larges. Mises à part les adhérences dont nous reparlerons plus loin, il est un certain nombre de conditions qui ont une importance considérable au point de vue de l'indication ou de l'abstention opératoire.

Ces facteurs proviennent soit de la résistance générale du sujet, soit des conditions anatomiques qui limitent l'accès vers la portion cardiaque de l'estomac.

Pour ce qui est des troubles de l'état général, nous avons vu plus haut que dans une certaine mesure on pouvait passer outre. Il est évident que l'on n'essaierait pas de gaité de cœur une gastrectomie totale sur un malade moribond... Et pourtant!... Pourtant il y a ce fait que chez ces malades on doit

(1) Voir page 28. Ces malades n'ont actuellement aucune trace de récidive.

tenter leur *chance en une seule fois*. La gastrectomie en 2 temps étant le plus souvent impossible parce que l'on n'a pas la place de pratiquer une gastro-entérostomie compatible avec une exérèse secondaire.

La question de la voie d'accès au cardia est aussi très délicate, surtout s'il s'agit d'un malade obèse ou ayant un gros auvent thoracique. Dans l'observation du D^r Charbonnel, l'exérèse (pylorectomie banale) fut jugée impossible à cause de l'adiposité du sujet et de la profondeur à laquelle on eût dû opérer. On aurait pu mener l'opération à terme, mais elle aurait été choquante et longue. A plus forte raison s'il s'était agi d'un cancer haut situé.

C'est que l'on complique et aggrave l'acte opératoire en faisant des incisions très larges avec résections costales temporaires ou définitives pour accéder au cardia. Nous pensons que dans ces cas difficiles on devra juger sérieusement la résistance du sujet et peser fortement les chances de survie opératoire avant de se décider. C'est à ce point de vue que parfois le gros développement de la tumeur gastrique pourra être une contre-indication à la gastrectomie. Mais hâtons-nous d'ajouter que le plus souvent ce n'est que le ventre ouvert que l'on pourra juger de la possibilité ou non de pratiquer cette gastrectomie. Comme nous le disions au début de ce chapitre, *une grosse masse gastrique n'est pas une contre-indication à la laparotomie. Et nous complétons en disant qu'elle n'est pas forcément une contre-indication à la gastrectomie.*

*
* *

^ Dans quelle mesure les adhérences de la tumeur à la paroi abdominale et aux organes voisins doivent-elles être considérées comme une contre-indication à l'exérèse ?

Le problème est triple. Tout d'abord il s'agit de savoir s'il s'agit d'*adhérences cancéreuses* ou d'adhérences par brides et voiles inflammatoires. D'autre part, il faut se demander si l'on peut décoller les adhérences cancéreuses. Enfin la question

varie avec l'organe adhérent au cancer puisqu'on peut se poser le problème de la résection totale ou segmentaire de l'organe adhérent.

Parfois, dès le ventre ouvert, on trouvera une adhérence gastro-pariétale antérieure. Dans ces cas nous pensons que l'on ne doit pas s'arrêter (à moins de difficultés techniques véritablement insurmontables), et qu'il faut poursuivre le décollement gastro-pariétal jusqu'à ce que, l'estomac étant libéré, on puisse pratiquer une exploration complète de l'organe et de sa tumeur. Notre maître, M. Charrier, a agi ainsi une fois et son malade a survécu. Lion rapporte l'histoire d'une malade à qui l'on réséqua l'estomac atteint d'un cancer pylorique adhérent au rebord chondro-costal. Cette malade a survécu six ans. (Elle est morte d'un cancer du col utérin et du vagin, sans récurrence gastrique).

En réalité, la source la plus fréquente des contre-indications à l'exérèse (les métastases mises à part) réside dans les adhérences mésocoliques et dans les adhérences postérieures, pancréatiques en particulier.

A. — Adhérences mésocoliques.

Elles sont particulièrement redoutables au point de vue chirurgical. En effet, alors même qu'elles sont de nature inflammatoire elles rendent le décollement gastro-mésocolique d'autant plus scabreux que l'on sait l'indigence de la vascularisation colique transverse. Il faut faire une dissection minutieuse, sans léser des vaisseaux fragiles qu'il faut éviter de pincer. Ce n'est pas que le sphacèle intestinal survienne à tout coup après de tels incidents. Cependant il n'est pas rare et il est redoutable. Ces difficultés s'accroissent lorsque les adhérences sont de nature cancéreuse. Dans ces cas ou bien l'on fait une dissection extrêmement pénible, dangereuse et longue, ou bien l'on a recours, en dernière extrémité, à la résection colique. Remarquons qu'il serait bon d'avoir un cri-

tère pour distinguer les adhérences gastro-mésocoliques inflammatoires des adhérences par extension cancéreuse.

En effet, si l'on pratique, comme on le fait communément, le décollement colo-épiploïque pour aller explorer l'arrière-cavité des épiploons et rechercher ces adhérences possibles, on peut être amené plus loin qu'on le voudrait. C'est ainsi que nous avons vu notre maître M. Charrier effectuer cet examen et, tâtant du doigt la zone d'accollement gastro-mésocolique, voir s'ouvrir sous son doigt pourtant prudent un cancer qui était sur le point de se perforer. Cet incident força la main à pratiquer une gastrectomie extrêmement difficile. C'était la seule ligne de conduite à suivre (1).

Aussi bien M. Charrier nous a-t-il appris qu'il existait un signe dont la valeur nous paraît très grande et qui permet d'affirmer presque à coup sûr les adhérences gastro-mésocoliques et leur nature cancéreuse.

On relève le tablier épiploïque et le côlon transverse, de façon à bien voir la face inférieure du mésocôlon. Cette manœuvre permet déjà de juger de la rétraction mésocolique et la souplesse du méso. S'il y a vers la racine du méso une zone un peu rouge avec un piqueté de points plus foncés, *en capiton*, on peut affirmer l'adhérence cancéreuse.

Nous proposons d'appeler ce signe le signe du *capitonnage mésocolique*. Il est analogue au phénomène de la peau d'orange dans les cancers mammaires.

S'il s'agit d'adhérences cancéreuses et si elles ne sont pas libérables (on peut dire de même si la dissection d'adhérences inflammatoires a amené à faire des lésions de vaisseaux coliques), on sera parfois obligé ou de refermer sans pousser plus loin les manœuvres d'exérèse, ou de compléter la gastrectomie par une colectomie. Celle-ci pourra être segmentaire annulaire, ou consister en une hémi-colectomie droite.

Delore et Florence conseillent la libération des adhérences

(1) Malade opéré le 23 juin 1925, mort de shock le lendemain. Dans ce cas le signe du capitonnage mésocolique existait. Mais M. Charrier avait essayé cependant d'explorer après décollement colo-épiploïque.

si elles sont inflammatoires et la résection colique si ces adhérences sont nettement néoplasiques.

Il va de soi que cette ligne de conduite ne peut être systématiquement suivie. Ajouter une résection colique à une opération déjà importante n'est pas fait pour améliorer le pronostic. La question se résout suivant la résistance physique du sujet et aussi suivant l'habileté et l'habitude du chirurgien.

Pour nous résumer, nous dirons que *l'adhérence cancéreuse gastro-mésocolique*, qui est le plus souvent décelable grâce au signe du *capitonnage mésocolique*, est une contre-indication à la gastro-pyloréctomie dans la plupart des cas. La gastro-pyloréctomie plus la colectomie est une opération d'exception. C'est un pis aller (1).

B. — Adhérences postérieures.

Assez fréquemment il y a des adhérences postérieures et mésocoliques en même temps. C'est en effet au niveau de la racine mésocolique, à l'angle formé par la paroi inférieure et la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons que les cancers pyloriques adhèrent au pancréas en arrière et empiètent sur le méso. Ces adhérences pancréatiques sont considérées, lorsqu'elles sont assez larges et difficiles à libérer, comme une contre-indication à la pyloréctomie. Du moins est-ce l'avis d'un certain nombre de chirurgiens. Si on lit par exemple la statistique (inédite) du D^r Papin que nous reproduisons à la fin de notre thèse, on voit que ce sont ces adhérences pancréatiques qui dans les observations 18, 19, 28 (2) ont contre-indiqué la gastro-pyloréctomie.

(1) Nous ne voulons pas parler des considérations de technique pure sur le type de colectomie, avec ou sans anus cœcal que l'on peut faire dans ces cas.

(2) Dans ce cas, il s'agit plus d'un noyau intra-pancréatique que de la zone d'adhérence entre le cancer gastrique et le pancréas.

M. Lefèvre pense que ces adhérences pancréatiques sont peut-être plus fréquentes lorsqu'il s'agit d'ulcéro-cancers. Il voit d'ailleurs dans ce fait une explication de la gravité de ces néoplasmes. Il ne partage pas en effet sur leur degré de malignité l'opinion plutôt optimiste de Pauchet. M. Lefèvre croit que ces ulcéro-cancers sont souvent adhérents au pancréas et récidivent vite après l'exérèse parce que l'élément néoplasique y est souvent greffé sur un ulcère *perforé bouché*. Par conséquent, l'épithélioma est presque d'emblée extériorisé, tandis que dans les cancers ordinaires il faut un certain temps pour que les éléments néoplasiques dépassent les limites des parois gastriques.

Ces adhérences gastro-pancréatiques aggravent le pronostic. Tout d'abord au point de vue immédiat à cause de la difficulté fréquente qu'il y a de libérer l'estomac. Ensuite au point de vue éloigné parce que l'on ne peut guère escompter une exérèse de la tumeur jusqu'en tissus sains. Cependant, à l'exemple de MM. Charrier et Lefèvre et d'autres chirurgiens, nous pensons que même dans ces cas on ne doit pas hésiter à faire l'exérèse.

C'est ainsi que le malade de l'observation 3 du D^r Charbonnel a survécu sans récidives trois ans cinq mois après l'exérèse d'un ulcéro-cancer dont le fond était formé par le tissu pancréatique adhérent.

Dans certains cas on a pu tailler en plein tissu pancréatique pour tâcher de passer au delà du mal. M. Lefèvre par exemple opérant un homme de 46 ans, atteint d'un cancer du pylore adhérent à la tête du pancréas a fait une gastro-pylorectomie avec pancréatectomie céphalique partielle. Le malade est mort, sept mois après, d'ictère.

Il est impossible de donner une ligne de conduite absolue en cette matière. Il est évident que le degré de largeur et de résistance des adhérences, l'extension plus ou moins appréciable du cancer dans le parenchyme pancréatique sont autant de conditions variant avec les sujets. Lorsque l'exérèse est anatomiquement possible et si le malade est en état

de la supporter, l'adhérence de l'estomac au pancréas n'est pas, selon nous, une contre-indication absolue à la pylorogastrectomie.

Quelle conduite tenir lorsque le processus néoplasique a soudé estomac et organes voisins, foie, vésicule, colon transverse ? Lorsqu'il s'agit de suture gastro-hépatique, si la zone d'accolement ne semble pas devoir être aisément libérée, *le mieux est de s'abstenir*. C'est ce que, à juste titre, font la plupart des chirurgiens.

Dans une observation de M. Charbonnel on voit que la tumeur adhérait au fond de la vésicule biliaire. Le chirurgien, dans ce cas, s'est borné à faire l'exérèse du fond vésiculaire qu'il a réconstitué par une suture sur deux plans.

Il n'est pas très rare de trouver le colon transverse comme englobé par la tumeur stomacale. Lorsque le cancer a pris une telle extension, il y a en général d'autres métastases ou d'autres extensions qui contre-indiquent formellement l'exérèse. Mais ces lésions ne forcent pas toujours à s'abstenir de pratiquer une intervention palliative.

C'est ainsi que M. Papin a rencontré un néoplasme gastrique sténosant à la fois le pylore et le côlon transverse. La tumeur était adhérente en arrière au pancréas. M. Papin pratiqua une gastro-entérostomie en Y et une iléo-transversotomie. Ce malade a survécu cinq mois (1).

Dans des cas apparemment plus favorables on a essayé, avec des survies, la gastro-pyloréctomie accompagnée de colectomie segmentaire. M. Charrier a pratiqué deux fois cette opération. Il a eu une mort. Sa deuxième malade a survécu à l'opération mais est morte de récurrence quelques mois après.

Ces résultats ne sont pas très encourageants. Cependant dans ces cas on peut encore se dire : si l'on ne fait rien, le

(1) Voir observation XI.

malade est perdu dans un bref délai. Si l'on tente la résection gastro-colique, on lui donne une chance rarissime peut-être mais que l'on peut tenter.

D'ailleurs ces cas sont difficilement soumis au jugement logique. Il s'agit surtout d'une question de « tempérament » chirurgical et d'habileté opératoire. Dans de telles circonstances on ne peut pas condamner ceux qui opèrent quand même, de même qu'on ne saurait blâmer ceux qui préfèrent l'abstention opératoire.

Depuis la thèse classique de Cunéo, on est peu revenu sur la question de l'adénopathie des cancers gastriques. Elle a été la base des techniques actuelles de la gastrectomie pour cancer.

Cette adénopathie est quasi constante. On sait sa valeur diagnostique et pronostique dans les cas où elle est particulièrement marquée.

Dans quelle mesure son exagération doit-elle être considérée comme une contre-indication à l'exérèse ? Beaucoup disent que l'adénopathie est une contre-indication à la gastrectomie lorsque tous les ganglions présumés cancéreux et visibles sont hors de l'atteinte chirurgicale. Cependant cette opinion n'est pas entièrement partagée par tous les chirurgiens. Et l'on sait ce que pensait Témoin sur ce sujet. Il disait que l'on devait en quelque sorte peu s'inquiéter de l'étendue possible de l'exérèse ganglionnaire. Et ceci parce que de deux choses, ou les ganglions ne sont pas cancéreux et alors l'exérèse complète des ganglions est inutile, ou bien les ganglions sont cancéreux, et dans ce cas on doit être à peu près sûr de ne pas arriver à dépasser les limites du mal. C'est un peu ce que Paterson a écrit il n'y a pas bien longtemps à propos des cancers du sein.

Nous croyons cette opinion un peu exagérée. Cependant elle a sans doute une part de vérité. Lorsque l'adénopathie cancéreuse s'étend loin, il faut essayer de faire l'exérèse la plus large possible et se dire que même si on n'arrive pas à dépasser les limites du mal, la gastro-pyloréctomie est, *même au point*

de vue palliatif, une opération meilleure que la gastro-entérostomie (1).

Voici, pour illustrer cette opinion, une observation qui nous paraît intéressante.

OBSERVATION.

D^r LEFÈVRE (inédite).

Il s'agit d'une femme de 58 ans, Mme D..., qui souffrait de l'estomac depuis dix-sept ans. Elle présentait autrefois un syndrome caractérisé par des douleurs tardives survenant trois heures après les repas, des régurgitations acides, des douleurs siégeant à droite de la ligne médiane. Les douleurs survenaient par crises durant huit, quinze jours, parfois un mois, et séparées par des intervalles libres de plusieurs mois.

En 1919, les crises deviennent subintrantes et s'accompagnent d'hématémèses, de mœlena, de vomissements alimentaires et d'amaigrissement.

Un médecin consulté conseille une intervention que la malade refuse.

Depuis mai 1924, les douleurs sont continues et sont exacerbées par les prises d'aliments. Le mœlena est fréquent.

L'amaigrissement devient extrême; la malade perd 20 kilos en six mois, les forces déclinent rapidement. Cependant l'appétit est conservé.

Examen le 20 septembre. — Il s'agit d'une femme au teint jaune, aux muqueuses décolorées, au facies émacié. C'est à peine si elle peut marcher, on doit la soutenir par les bras pour la faire étendre sur la table d'examen. Il y a de l'œdème des pieds, des malléoles et des mollets.

(1) Bien entendu à condition que la gastro-pyloréctomie soit assez aisée à faire, car il serait illogique de faire courir le risque d'une gastrectomie difficile si l'on avait la certitude de ne pas dépasser le mal. Dans ce cas on ferait une gastro-entérostomie.

Le ventre est un peu voussuré, légère ascite. On sent une tumeur irrégulière et bosselée au niveau et à gauche de l'ombilic.

Examen radioscopique. — Image lacunaire du pylore et de l'antrum pylorique.

Opération le 20 octobre 1924. — Anesthésie régionale de la paroi à la néocaïne à 1/200 (80 cc.). Le ventre ouvert, on constate la présence d'une volumineuse tumeur, irrégulière, bosselée, siégeant sur le pylore et ayant envahi l'antrum et remontant presque jusqu'au cardia le long de la petite et de la grande courbure. Il y a des ganglions blanchâtres et durs à ce niveau. La tumeur en arrière est adhérente à la tête du pancréas.

Anesthésie du splanchnique (voie antérieure, 10 cent. de néocaïne à 1 p. 100), Pylorectomie de gauche à droite (l'opération est faite en un temps, la malade ayant refusé de subir une double intervention).

L'extension du néoplasme oblige à sectionner le duodénum au niveau de la deuxième portion et l'estomac à 1 centimètre du cardia. Malgré cela, on coupe le ligament gastro-hépatique tout en haut en tissu d'aspect néoplasique.

L'estomac est infiltré d'œdème, ses parois sont très friables. L'enfouissement de la tranche de section duodénale est particulièrement difficile. Gastro-entérostomie postérieure. Drainage avec un drain.

Suites opératoires normales. Le drain est enlevé à la quarante-huitième heure; lever le quinzième jour.

La partie d'estomac enlevée présente une longueur de 17 centimètres. A cheval sur la petite courbure, il existe une ulcération de 9 centimètres environ et surmontée d'une masse indurée, néoplasique.

Examen histologique : cancer colloïde. Ganglions envahis.

La malade, revue en mai 1925, soit sept mois après l'opération, a engraisé de 24 kilos. Appétit excellent. Mange de tout.

Pour nous, la question de l'adénopathie cancéreuse au point de vue des contre-indications opératoires se résout dans une question de technique pure. Peut-on faire ou ne peut-on pas faire l'exérèse complète?

Si oui, même si elle est ardue, il faut opérer.

Sinon, on ne fera la gastrectomie que dans les cas où elle paraîtra relativement facile. On fera courir au malade la chance inespérée que son adénopathie ne soit pas cancéreuse. S'il n'a pas cette chance, on le fera bénéficier d'une opération palliative donnant une survie plus longue et de meilleure qualité que la gastro-entérostomie.

De ce fait, nous ne pensons pas — sauf contre-indications par ailleurs — que la présence de ganglions lombo-aortiques soit une contre-indication absolue à l'exérèse. Pauchet recommande de les énucléer séparément lorsque cela est facile. Pour lui ces ganglions sont le plus souvent inflammatoires.

Somme toute, dans ce chapitre, nous avons rapidement passé en revue la plupart des *contre-indications* locales à la gastrectomie pour cancer. Nous avons vu que le volume de la tumeur, les adhérences inflammatoires et dans une certaine mesure les adhérences cancéreuses, l'adénopathie, ne peuvent pas être considérés comme des contre-indications absolues aux procédés d'exérèse. Nous voudrions que de ces considérations, malheureusement insuffisamment développées, on puisse déduire la conclusion que presque jamais, avant d'avoir pratiqué la laparotomie, on ne peut porter un diagnostic exact sur l'étendue des lésions et sur leur accessibilité à l'acte opératoire. De plus, il semble que l'on puisse, dans ces cas avancés, malheureusement trop fréquents, limiter des contre-indications jusqu'à présent acceptées comme étant indiscutables.

CHAPITRE V

Ce dernier chapitre sera une mise au point et un essai de synthèse.

Nous avons, à maintes reprises, insisté sur le retard apporté à l'acte opératoire par les diagnostics tardifs ou par les craintes vaines de la mortalité opératoire.

Beaucoup de médecins sont, sans s'en rendre compte, les auteurs immédiats de la mort de leurs malades. Ou bien ils pèchent par ignorance, ou bien ils se trompent parce qu'ils appliquent des principes qu'on leur a enseignés comme étant les meilleurs. C'est ainsi que, parlant de notre thèse à un de nos amis interne des hôpitaux, il nous disait : « Je n'enverrai jamais au chirurgien un malade ayant un cancer de l'estomac avec un ganglion de Troisier. Il serait ridicule de penser autrement. C'est écrit partout. »

Le *Magister dixit* est néfaste. Et il est de fait que, souvent, l'exemple vient de haut.

Aussi bien ne saurions-nous insister davantage sur la nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoce.

Nous avons surtout eu en vue des cas plus graves, ceux où le patient est venu tard au médecin ou au chirurgien. Au point de vue des résultats immédiats comme à celui des résultats éloignés, ces cas donnent lieu à des controverses. Beaucoup de médecins pensent que la cachexie de leur malade le met au-dessus des ressources de la chirurgie, fût-ce simplement pour y trouver un soulagement.

Et il est des chirurgiens qui pensent de même.

La chose est pareille lorsqu'il s'agit des adénopathies, des grosses tumeurs, des œdèmes.

Nous avons essayé de montrer que dans tous ces cas, seule la laparotomie exploratrice pouvait donner *une certitude* sur l'inopérabilité du cancer gastrique.

On ne saurait trop rappeler cela à ceux qui, à tort, craignent que l'on abuse de la laparotomie exploratrice. On ne doit pas ouvrir le ventre à n'importe qui sous le prétexte « *d'aller y voir* ». Mais la laparotomie exploratrice a des indications précises que le médecin et le chirurgien ne doivent pas ignorer.

D'ores et déjà, nous savons que l'on pourra nous reprocher une trop juvénile audace. Elle n'est qu'apparente. Jusqu'ici en effet nous avons considéré les diverses contre-indications classiques, une à une, à l'état isolé.

Ainsi : la cachexie, à *elle seule*, n'est pas une contre-indication ; de même l'anémie, etc.

Mais en clinique on sait bien qu'il y a souvent un complexe de signes et d'accidents qui viennent rendre les choses moins simples.

Voici par exemple un malade de M. Charbonnel :

Il a un cancer pylorique mobile, petit, extirpable par conséquent. Mais ce malade est obèse, ses mésos sont infiltrés de graisse, la tumeur est profonde et sera difficile à extérioriser. Ce ne seraient pas là des contre-indications absolues si ce malade n'était pas en même temps un cardio-pulmonaire. M. Charbonnel s'est abstenu de faire la gastro-pylorectomie et il a bien fait.

Comme nous l'avons dit plusieurs fois, dans les cas où il y a accumulation de difficultés, la question devient une question de conscience professionnelle. Il faut dire à la famille du malade, parfois au malade lui-même, le danger qu'il court si on ne l'opère pas et la gravité de l'acte opératoire. A notre avis, c'est ainsi qu'il faut agir et non, d'emblée, repousser l'idée d'une intervention. Le souci de la statistique passe après le devoir.

Nous pensons, avons-nous dit, que les opérations palliatives

vivent des contre-indications absolues de la gastro-pylorectomie.

C'est qu'en effet la gastro-entérostomie, par exemple, ne donne aucune chance de guérison et ne donne qu'une survie moyenne de six mois. De son côté, la gastro-pylorectomie peut être une opération radicale. Si elle ne remplit pas souvent ce rôle, du moins est-elle une excellente opération palliative, donnant une survie moyenne de dix-huit mois à deux ans et une qualité de survie véritablement bonne.

M. Lefèvre écrit en parlant de ses malades :

« Dans plus de 50 % des cas, la survie a été de plus de deux ans. La qualité de la guérison est excellente, c'est avec une rapidité prodigieuse que les malades sont transformés, et c'est une vraie satisfaction que de voir ces malades heureux de vivre...

» Mais il y a une ombre au tableau qui diminue notre satisfaction, et qui, à chaque nouvelle visite du patient, étreint le cœur du chirurgien : est-ce cette fois que nous allons constater la récurrence, ou bien tardera-t-elle encore? »

Lorsque l'exérèse est impossible, quelles sont les contre-indications aux opérations palliatives? A moins d'une misère physiologique vraiment intense ou de difficultés techniques absolument insupportables, il n'y en a pas.

Chacun a vu dans les services hospitaliers des malades qui, après une simple laparotomie exploratrice, accusent un bien-être qui leur permet d'attendre la mort avec plus de patience et d'illusions. Les opérations palliatives servent encore mieux d'opium en donnant quelquefois un regain de vie au patient. Tel malade, qui vomissait tous ses aliments la veille, peut se nourrir le lendemain après une simple et rapide gastro-entérostomie au bouton (1). Parfois, mais assez rarement, il se produit un relèvement marqué de l'état général. Il est transitoire, certes, mais son effet moral n'est pas à dédaigner.

(1) La gastro à l'aiguille n'est pas beaucoup moins rapide.

Un autre argument réduit le nombre des contre-indications aux opérations palliatives.

On sait la difficulté parfois très grande à diagnostiquer une tumeur cancéreuse d'une tumeur inflammatoire. Le doute doit toujours être présent à l'esprit du chirurgien.

M. Papin a récemment insisté sur ces faits à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Voici par exemple une observation à l'appui de ce que nous venons de dire.

OBSERVATION.

D^r PAPIN (résumée).

Homme de 51 ans présente depuis peu de temps des pesanteurs d'estomac, a l'impression que « ça ne passe pas »; de plus il a maigri et perdu l'appétit. Un vomissement noir.

L'examen physiologique est absolument négatif. La radioscopie fait penser à un néoplasme de la petite courbure vraisemblablement adhérent à la face inférieure du foie.

Tout fait penser à la probabilité d'un cancer, peut-être inopérable. Opération le 7 novembre 1921 sous rachi-anesthésie. Il existe au-desus du pylore et montant haut sur la petite courbure une volumineuse tumeur dure, épaisse, mal limitée, avec des ramifications blanchâtres qui s'étendent le long de la petite courbure et un peu sur les deux faces de l'organe. Elle n'est pas adhérente au foie, mais elle tient en arrière dans l'arrière-cavité des épiploons. En présence de ces lésions rapprochées des renseignements cliniques et radiologiques, il ne semble pas douteux qu'il s'agisse d'un cancer avec lymphangite cancéreuse étendue. On fait néanmoins une gastro-entérostomie postérieure.

Suites opératoires bonnes. Revu depuis en 1922, 1923 et 1924 l'amélioration qui suivit l'intervention chirurgicale ne s'est pas démentie. Il a recommencé à travailler et mène une vie très active. Aujourd'hui que la guérison date de trois ans et demi, il est bien certain qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, malgré les constatations cliniques, radiologiques et opératoires.

M. Papin fait suivre son observation des réflexions judicieuses suivantes :

« Peut-être ne faut-il pas, en présence d'une tumeur qui semble un cancer inopérable, et en l'absence de métastases, se borner à refermer le ventre, comme l'affirme une règle souvent citée, et peut-être serait-il souvent indiqué en pareil cas de faire une gastro-entérostomie à cause de la possibilité d'erreur qui subsiste. C'est du moins ce que l'observation que je viens de citer me semble suggérer. »

En supprimant le *peut-être* et le *conditionnel*, cette opinion est la nôtre (1).

(1) Dans cette même communication, M. Papin insiste sur l'erreur contraire qui est de prendre pour une tumeur inflammatoire un cancer.

OBSERVATIONS

Statistique opératoire du docteur Papin (1).

Malades opérés, 28;

Laparotomies exploratrices, 8; mortalité, 12,5 p. 100;

Gastro-entérostomies, 14 mortalité, 20 p. 100;

Gastro-pylorectomies, 6; mortalité, 33,3 p. 100.

OBSERVATION I.

D^r PAPIN, *Cancer du pylore. Pyloro-gastrectomie.*

Guérison opératoire.

D... (Pierre), 56 ans. Début de la maladie il y a quinze mois. Depuis cinq mois, douleurs postprandiales. Amaigrissement de 7 à 8 kilos en un an.

Rien à l'examen physique.

Radio. — Gros estomac dilaté avec sténose pylorique incomplète. Hypoacidité du liquide gastrique. Pas de sang.

Opération en octobre 1924. — Anesthésie loco-régionale plus quelques bouffées d'éther. On trouve une tumeur pylorique du volume d'une grosse noix, non adhérente. Pas de ganglions sur la petite courbure. Rien au foie. Il est impossible de dire s'il s'agit d'un cancer ou d'un ulcère calleux à l'examen macroscopique. Gastro-pylorectomie.

(1) A part l'observation III, cette statistique est inédite. Nous remercions M. le professeur agrégé Papin de l'amabilité qu'il nous a témoignée en mettant à notre disposition ses cahiers d'observation.

Guérison *per primam*.

Le malade, revu en mai 1925, est en très bon état. Pas de récidives appréciables cliniquement.

OBSERVATION II.

D^r PAPIN, *Cancer du pylore. Mort.*

Gastro-pyloréctomie en deux temps.

P... (Marie), 66 ans. A eu à l'âge de 24 ans une grosse hématomèse. Depuis, rien jusqu'à il y a trois mois.

A ce moment, elle commence à souffrir de l'estomac, trois ou quatre heures après le repas.

Depuis deux mois, grands vomissements alimentaires.

A l'examen, au-dessous et à droite de l'ombilic, on trouve une tumeur aplatie, irrégulière et douloureuse.

Radioscopie. — Canal pylorique étroit.

Pas d'ascite. Rien ailleurs.

1^{re} opération le 11 juillet 1924. — Laparotomie médiane sous éther. Tumeur pylorique adhérente au péritoine pariétal (périgastrite très marquée). Pas de noyaux hépatiques, pas d'ascite.

Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

2^e opération le 25 juillet 1924. — Anesthésie loco-régionale plus quelques bouffées de chloroforme. Pyloro-gastrectomie difficile à cause des nombreuses adhérences qui se sont formées depuis la dernière intervention et à cause de la grosse adénopathie néoplasique qui soude l'estomac avec le pancréas et le mésocôlon transverse.

Mort le lendemain de shock.

Examen anatomo-pathologique. — Epithélioma (D^r Sabrazès).

OBSERVATION III.

D^r PAPIN, *Cancer du pylore. Gastro-pyloréctomie.*

Mort de récidive sept mois après.

D..., 40 ans. C'est une femme qui a commencé à souffrir et à vomir, il y a six ans. Depuis ce moment, le mal évolue par crises

durant plusieurs semaines et séparées par des périodes de bien-être. Actuellement, sténose pylorique. Jamais d'hématémèses. Amaigrissement considérable.

Radio. — Sténose pylorique complète, encoches irrégulières sur la grande courbure.

Hyperchlorhydrie.

Opération le 9 août 1923. — Anesthésie au Schleich.

Dans la portion prépylorique de l'estomac, on voit et on sent une tumeur du volume d'un petit œuf de poule. Ganglions sous et rétro-pyloriques. Adhérences vélamenteuses dans l'arrière-cavité.

Pyloro-gastrectomie.

Suites excellentes. La malade part le vingtième jour.

Revue en septembre 1923, elle a engraisé de 7 kilos, mange bien, ne souffre plus.

Sept mois après, récidence avec accidents qui entraînent rapidement la mort (1).

OBSERVATION IV.

Dr PAPIN, *Néoplasme de l'estomac (épithélioma atypique),
Gastrectomie. Mort par péritonite le quatorzième jour.*

M. R..., 49 ans. Souffre depuis trois mois de pesanteurs après les repas. Perte de l'appétit, affaiblissement. Pas de vomissements, pas d'hématémèses, pas de mœlena.

A la radio, sténose presque complète du pylore.

Aucun passé gastrique.

Le malade est très amaigri, très fatigué. Aucun signe de généralisation.

Opération le 3 décembre 1923. — Néoplasme de l'antrum pylorique mobile et facilement opérable.

Gastro-pyloréctomie. Reconstitution de la continuité intestinale par une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure. A ce moment, un peu de liquide gastrique s'écoule dans le champ opéra-

(1) Voir Dr Papin, *Ulcère du cancer de l'estomac* (Obs. II), in *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 17 mai 1923.

toire. Réaction péritonéale postopératoire. Mort le quatorzième jour.

OBSERVATION V.

D^r PAPIN, *Vieil ulcus pylorique cancérisé.*
Pyloro-gastrectomie.

Mlle D..., 40 ans. Souffre de l'estomac depuis dix ans et était soignée pour ulcus gastrique.

Depuis cinq à six mois, elle est atteinte de sténose pylorique presque complète. Pas d'hématémèses.

La malade est très amaigrie. Tension artérielle : Mx, 8; Mn, 5; L., 1/4. Pas d'acidose.

On sent à la palpation une tuméfaction dure, mal limitée et mobile entre l'ombilic et le rebord costal droit.

Diagnostic. — Vieil ulcus pylorique calleux aboutissant à la sténose avec possibilité de dégénérescence maligne.

Opération: 1^{er} temps, le 26 décembre 1923. — Sous éther. Tout l'antré pylorique est occupé par une masse ferme sans changement de coloration de la séreuse. L'ensemble a presque le volume du poing. Quelques petits ganglions sous-pyloriques. Trainées blanchâtres dans le ligament gastrocolique. Rien au foie. Pas de ganglions sur la petite courbure.

Gastro-entérostomie en Y très à gauche.

2^e temps, le 9 janvier 1924. — Pyloro-gastrectomie large enlevant le grand épiploon et les ganglions sous-pyloriques et remontant haut sur la petite courbure pour enlever les ganglions de cette région.

Guérison opératoire très simple.

La malade, en février 1924, a engraisé de 6 kilos.

En juin 1925, la malade est en très bon état.

Examen histologique. — Epithélioma. Pas de métastases dans les ganglions.

OBSERVATION VI.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastrectomie.*

Guérison opératoire.

L... (Joseph), 67 ans. Souffre de l'estomac depuis quatre ans. Douleurs postprandiales, soit précoces, soit tardives. Ces douleurs évoluent par périodes de un à deux mois, avec des intervalles de repos relatif. Jamais de vomissements, mais renvois acides. Pas de mœlena. Diarrhée continuelle (soigné pendant tout ce temps par un spécialiste).

Depuis octobre 1924, les douleurs sont continues. Depuis cette époque, gros amaigrissement (de 7 kilos pendant les deux derniers mois). Asthénie profonde, anoxerie.

Examen. — Très amaigri, sans fièvre. On sent sur le rebord costal gauche une tuméfaction imprécise. C'est le point où le malade souffre le plus spontanément.

Foie normal. Rien ailleurs.

Radioscopie. — Grosse dilation et ptose gastrique. Le pylore est imperméable. Pas d'image lacunaire.

Opération, le 24 avril 1925. — Locale plus quelques bouffées d'éther. On trouve une tumeur comme une mandarine, blanchâtre, irrégulière, située sur la petite courbure au niveau de l'antrum pylorique. En arrière, elle adhère à la tête du pancréas et on trouve des ganglions durs, assez gros, sur la petite courbure. Rien au foie. Pas d'ascite.

* Gastrectomie de gauche à droite. On termine par un Polya.

Suites opératoires. — Cicatrisation *per primam*. Le vingt et unième jour, dès que le malade se lève, il se produit un œdème des membres inférieurs, qui ne disparaît pas par le repos. L'état général se remonte, mais le malade conserve un teint jaune.

Examen histologique. — Epithélioma (D^r Sabrazès).

OBSERVATION VII.

D^r PAPIN, *Néoplasme du pylore,*
Sténose complète. Gastro-entérostomie.

Mme D., 58 ans. Depuis janvier 1924, la malade se « sent l'estomac fatigué » (C'est accidentellement que cette malade a été vue par un médecin, qui, observant sa pâleur particulière, pensa à un néo gastrique).

Les aliments sont lourds à digérer, la malade maigrit beaucoup. Depuis trois semaines, apparition de vomissements alimentaires.

Grosse dilatation de l'estomac. Perception d'une tumeur, plus grosse que le poing, au-dessus et à droite de l'ombilic. La tumeur est dure et mobile.

Rien d'appréciable ni au foie ni ailleurs.

A la Radio. — Sténose pylorique totale.

Tension artérielle, 19-10; I., 5.

Opération le 28 avril 1924. — Anesthésie à l'éther.

Grosse tumeur du pylore avec traînées blanchâtres remontant le long du pédicule hépatique. Foie grisâtre par place, sans noyaux néoplasiques. Pas d'ascite.

Gastro-entérostomie postérieure très à gauche pour permettre l'excérèse secondaire si la malade se remonte.

Suites opératoires. — Aucun accident stomacal, mais la malade ne se remonte pas de sa cachexie.

Dans ces conditions, on ne fait pas de 2^e temps.

Deux mois après l'intervention, la malade mangeait et se trouvait bien, mais était de plus en plus jaune.

OBSERVATION VIII.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

D..., 60 ans. Présente depuis trois mois des pesanteurs et surtout des douleurs gastriques survenant quelques heures après le repas. Renvois gazeux fétides, mais n'a vomi qu'une seule fois ces derniers temps. Il a maigri de 1 ou 2 kilos, mais n'a pas d'anorexie.

Il aurait souffert de l'estomac il y a trente ans.

On sent, au-dessus et à droite de l'ombilic, une tumeur peu volumineuse, dure et un peu bosselée. Rien à l'ombilic; pas de ganglions sus-claviculaires. Le foie semble normal. Mx, 13; Mn, 9; I, 5.

Lavage de l'estomac pendant trois jours.

Diagnostic : Cancer du pylore.

Opération le 25 juin 1921. — Rachianesthésie (12 centig. de syncaïne entre D¹¹ et D¹² après avoir retiré 13 cc. de liquide céphalo-rachidien).

Très bonne anesthésie.

L'estomac présente un cancer sur la petite courbure et la face antérieure de l'antra pylorique.

Quelques traînées blanchâtres sur le grand épiploon. La main introduite dans l'arrière-cavité constate que l'estomac est mobile. On pratique une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure comme 1^{er} temps.

Le lendemain de l'intervention, le malade a un vomissement noir. On veut pratiquer un lavage gastrique. Le malade vomit, tandis qu'on essaie d'introduire le tube de Faucher.

Il meurt asphyxié, ayant vomi dans sa trachée.

OBSERVATION IX.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

Exérèse impossible dans le 2^e temps.

Homme de 63 ans, n'ayant jamais souffert de l'estomac jusqu'en septembre 1920. Depuis cette époque, lourdeurs et pesanteurs après les repas. De juin 1920 à décembre, amaigrissement de 6 kilos. Pas d'anorexie.

En février 1921, on sent une tumeur du volume d'une mandarine dans la région épigastrique. Pas de Troisier, pas de phlébite, pas d'ascite. Aucun signe de sténose pylorique.

On décide une laparotomie exploratrice qui sera suivie d'une gastro-entérostomie, car l'état général étant très mauvais, on pense faire l'exérèse en deux temps.

1^{re} opération le 18 février 1921. — Ether. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Tumeur de la petite courbure s'étendant en haut et en arrière le long de la coronaire.

On fait une gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Les suites opératoires sont marquées dès le lendemain par des vomissements noirs abondants qui nécessitent des lavages de l'estomac.

A partir du cinquième jour, suites régulières.

2^e opération 5 mars 1921. — De grosses adhérences existent depuis la première intervention et rendent le décollement colo-épiploïque très difficile. On s'aperçoit qu'il existe dans la tête du pancréas une grosse tumeur dure et bosselée évidemment de même nature que celle de la petite courbure.

On referme sans tenter l'exérèse.

Guérison opératoire.

OBSERVATION X.

Dr PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

P... (Henri), 42 ans. Présente depuis quatre ans des douleurs d'estomac survenant deux ou trois heures après les repas par crises de sept ou huit jours, avec des intervalles de repos de deux à trois mois.

Depuis décembre 1921, vomissements qui deviennent quotidiens depuis deux mois.

Il y a trois semaines, grosse hématomèse de sang noir.

Rien à la palpation.

Radio. — Petite niche sur la petite courbure dans la région prépylorique.

Stase évidente de 0,25 à 0,50 d'HCl libre. Présence d'acide lactique. Kathle Meyer positif.

Opération le 29 août 1922. — Schleich. L'estomac présente sur la petite courbure débordant sur la face antérieure et postérieure une masse du volume d'une mandarine d'aspect nettement néoplasique.

Des trainées blanchâtres de lymphangite montent dans le petit épiploon vers le hile du foie.

On trouve la même lymphangite sur le mésocôlon fortement rétracté et sur le mésentère. Ascite.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure difficile.

Suites opératoires troublées par un mauvais fonctionnement de la bouche dû à une bride péritonéale libérée par une deuxième intervention le cinquième jour.

Guérison opératoire.

Le malade ne vomit plus, mais se cachectise. C'est tout à fait la cachexie néoplasique (malgré l'examen histologique qui, portant sur un segment périphérique de la tumeur, s'est montré négatif).

OBSERVATION XI.

D^r PAPIN, *Néoplasme sténosant le pylore et le côlon transverse.*

Gastro-entérostomie en Y et implantation iléo-transverse.

P... (Alphonse), 43 ans. Maladie ayant débuté en 1915, par des crises gastriques très douloureuses sans vomissements. Six mois après, apparition de coliques avec diarrhée abondante, crises douloureuses épigastriques paroxystiques et vomissements alimentaires. En 1917, apparition de constipation opiniâtre, puis de vomissements. Actuellement, signes de sténose pylorique et de stase dans le côlon droit, sans qu'on puisse en déterminer la cause. Mauvais état général.

Opération le 8 septembre 1922. — Schleich modifié. Laparotomie médiane. Grosse masse pylorique enserrant le côlon transverse et adhérente en arrière au pancréas. Elle est blanchâtre et d'aspect néoplasique. Rien au foie ni au péritoine.

1° Gastro-entérostomie en Y.

2° Iléo-transversostomie.

Guérison opératoire sans incidents (Biopsie : épithélioma, mais avec grosse réaction fibreuse, type linite).

Le malade va parfaitement bien pendant deux mois et demi, puis obstruction et occlusion intestinale pour lesquelles on réintervient en novembre 1922.

Il existe à ce moment une distension formidable du cæcum et du

côlon ascendant. On pratique un large anus cæcal médian. Au bout d'un mois, il ne sort plus par l'anوس cæcal qu'un peu de liquide intestinal, le malade a toujours été à selle par l'anوس normal.

En février 1923, apparition de crises de coliques type König sur le grêle et de vomissements fécaloïdes. Laparotomie (aide-Chauvet). Péritonite néoplasique presque partout.

Mort.

OBSERVATION XII.

D^r PAPIN, *Tumeur du pylore. Gastro-entérostomie.*

R... (Marie-Louise), 40 ans.

Femme présentant des troubles gastriques depuis deux mois jusqu'à constitution d'un syndrome net de sténose pylorique. Amaigrissement peu marqué, pas de troubles graves de l'état général.

La radioscopie montre un estomac très dilaté avec une zone lacunaire dans la région pylorique.

La palpation de l'abdomen montre dans l'épigastre une tuméfaction mal limitée et dure.

Rien ailleurs. Tension artérielle Mx, 10; Mn, 6. Pas d'acétone dans les urines.

Opération le 16 juin 1923. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il existe un gros néoplasme de la région pylorique, adhérent à la vésicule biliaire et au côlon transverse. En arrière, la tumeur adhère au pancréas.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Suites opératoires excellentes. Le 21 juillet, la malade quitte l'hôpital en mangeant bien, mais en très mauvais état général.

Fin août, elle est revue. Elle présente une grosse tumeur palpable à travers la paroi abdominale. Cachexie néoplasique très avancée.

OBSERVATION XIII.

D^r PAPIN, *Néoplasme gastrique.*

Gastro-entérostomie en Y. Mort.

B... (Marie), 62 ans. Présente des troubles gastriques depuis dix ans. Depuis octobre 1922, vomissements presque quotidiens et amaigrissement considérable (la malade ne pèse que 25 kilos!).

Pas de gros foie, pas d'ascite, pas d'œdème. Pas d'acétonurie.
Mx, 13; Mn, 6 1/2; I., 2 1/2.

Opération le 16 juin 1923. — Anesthésie par injection intraveineuse de chloral (Rioux).

Il existe à partir de la partie moyenne de l'estomac et jusqu'au voisinage du cardia une infiltration qui ratatine l'estomac et le bourre de nodosités très dures.

Gastro-entérostomie en Y très difficile.

Mort le troisième jour.

OBSERVATION XIV.

D^r PAPIN, *Néoplasme gastrique. Gastro-entérostomie.*

B... (Pierre), 39 ans. Souffre de l'estomac depuis mai 1922 jusqu'en juin 1923, avec des périodes d'accalmie. Pas de vomissements. En juin 1923, il commence à vomir et maigrit de 15 kilos sans anorexie.

Radioscopie. — Grande difficulté d'évacuation.

Opération le 25 août 1923. — Ether. Laparotomie sus-ombilicale. Il sort de l'ascite en grande quantité. L'estomac présente au niveau de l'antrum pylorique, sur la petite courbure, une masse d'aspect nettement néoplasique. La tumeur n'est pas adhérente au pancréas, mais il y a des noyaux blancs jusqu'à la partie inférieure du grand épiploon.

Métastases péritonéales nombreuses.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XV.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

L... (Auguste), 57 ans. Troubles gastriques depuis six mois. Depuis trois mois, anorexie et amaigrissement.

Pas de vomissements, pas d'hématémèse.

Dans la région épigastrique, on sent une résistance paraissant

être en rapport avec une tuméfaction profonde et mal limitée. Le foie est un peu gros.

Rien ailleurs.

Opération, novembre 1923. — Anesthésie à l'éther.

Un peu d'ascite dans le ventre. Il existe un gros néo pylorique (épithélioma). Le foie présente plusieurs nodules gros métastatiques (vérifiés histologiquement).

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Bonnes suites opératoires.

Le 20 décembre 1923, l'ascite augmente, œdème des membres inférieurs, cachexie s'accroissant.

OBSERVATION XVI.

D^r PAPIN, *Néoplasme pylorique. Gastro-entérostomie en Y.*

G... (Henriette), 63 ans. Souffre depuis février 1923 et maigrit. Vomissements depuis septembre 1923.

A l'examen, femme très amaigrie, pâle, présentant au niveau de l'épigastre une tumeur mal délimitée, irrégulière, de surface granitée et très mobile.

Le foie est un peu gros.

A la radioscopie, lacune pylorique.

Opération le 18 décembre 1923. — Sous éther. Gros néoplasme de l'antrum pylorique qui remonte jusque vers le tiers de l'estomac. Il est très adhérent au grand épiploon rétracté sur lui, mais n'adhère pas au côlon transverse.

Il serait très aisément extirpable s'il n'y avait pas de nombreux noyaux secondaires dans le foie.

Gastro-entérostomie en Y.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XVII.

D^r PAPIN, *Cancer du pylore. Gastro-entérostomie.*

M... (Jean), 69 ans. Souffre depuis un an et demi de douleurs postprandiales suivies de vomissements, avec des intervalles de repos.

· Amaigrissement abondant depuis deux mois.

Malade jaune, estomac très dilaté. Au-dessus et à droite de l'ombilic, on sent une tumeur dure, grosse comme une paume de main. Rien ailleurs; le foie ne semble pas gros.

Radioscopie. — Antre pylorique lacunaire.

Opération le 8 juillet 1924. — Anesthésie au Schleich. On trouve un néoplasme de l'antre pylorique, du volume du poing. Il existe des ganglions et de la lymphangite néoplasique qui remontent, avec le pédicule hépatique, jusque sous le foie. Pas d'adhérences postérieures. Pas d'ascite.

Gastro-entérostomie postérieure au bouton de Jaboulay.

Suites opératoires. — Le malade ne vomit plus, mais ne se remonte pas. Il continue à jaunir et à se cachectiser.

Il part chez lui en très mauvais état.

OBSERVATION XVIII.

D^r PAPIN, *Tumeur pylorique adhérente. Gastro-entérostomie.
Guérison opératoire.*

L... (Anna), 42 ans. Début de la maladie en février 1924, époque où la malade a commencé à avoir après ses repas des sensations d'étouffement et de distension gastrique avec rejet par la bouche de liquide aigre qui agaçait les dents. L'ingestion d'aliments augmentait les crises.

Amaigrissement de 25 livres depuis février.

A l'examen physique, on ne trouve rien.

A la radio, sténose du pylore.

Opération le 14 octobre 1924. — Anesthésie de la paroi, plus quelques bouffées d'éther. On trouve une grosse tumeur antro-pylorique avec de gros ganglions sous-pyloriques et une infiltration ganglionnaire remontant très haut sur la petite courbure. Adhérence postérieure au pancréas. Rien au foie.

Gastro-entérostomie postérieure.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XIX.

D^r PAPIN, *Néoplasme du pylore. Gastro-entérostomie.*

G... (Pierre), 68 ans. Avait souffert de l'estomac vers l'âge de 25 à 30 ans. Depuis, plus rien jusqu'à il y a un an, époque à laquelle il eut des sensations de lourdeur gastrique, puis de douleurs après les repas. Surtout perte de l'appétit depuis cette époque. Amaigrissement. N'a jamais vomi.

Actuellement, teint jaune, maigre et fatigué. A l'épigastre, on sent une tumeur. Rien ailleurs.

Radioscopie. — Stase incomplète et aspect lacunaire de la grande courbure. Tension artérielle Mx, 6 1/2; Mn, 14; L., 3 1/2.

Opération le 4 décembre 1924. — Schleich modifié. Il existe une grosse tumeur pylorique s'étendant surtout à la petite tubérosité. Elle adhère d'une part à la face inférieure du foie à laquelle la fixent des adhérences molles, d'autre part au pancréas par une zone d'adhérence large qui semble néoplasique. Pas de ganglions évidents. Pas de noyaux hépatiques, pas d'ascite.

Gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

Mort le lendemain matin, probablement d'hémorragie au niveau de son néoplasme.

OBSERVATION XX.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie.*

S... (Jean), chaudronnier, 49 ans.

Entré pour douleurs gastriques, le 10 mars 1925.

Le début remonte à six ou sept ans environ. Douleurs au creux épigastrique, débutant une heure après le repas de midi, durant de trois quarts d'heure à une heure (sensation de torsion très pénible sans caractère transfixiant).

Ces crises douloureuses ne sont pas accompagnées de vomissements et sont séparées par des périodes de quinze à vingt jours de bien-être complet.

En décembre 1924, les vomissements apparaissent et deviennent fréquents. Le malade y reconnaît des aliments ingérés la veille. Sensation d'amertume, mais pas d'acidité. Une hématomèse il y a trois mois.

Les douleurs deviennent quotidiennes et plus vives. Les matières sont noires.

Examen. — On trouve une sténose pylorique totale. L'estomac est distendu. La radioscopie ne peut qu'indiquer la sténose.

Le tubage ramène un liquide infect, jaunâtre, qui contient des liquides et de la baryte ingérée longtemps avant. Malade asthénique. Il faut douze jours de lavages gastriques pour arriver à vider l'estomac. Pas de tumeur appréciable. Pas d'ascite. Le foie ne semble pas augmenté de volume. Rien ailleurs. Tension : Mx, 12; Mn, 7; I°, 2.

Opération le 7 avril. — Anesthésie locale, plus quelques bouffées d'éther.

Laparotomie médiane. On trouve une grosse tumeur gastrique, d'aspect néoplasique très avancé. Etant donné l'état du malade, on pratique une gastro-entérostomie très à gauche pour permettre la gastrectomie dans un second temps (biopsie ganglionnaire, épithélioma).

Suites opératoires. — Le 22 avril, quinze jours après l'opération, désunion partielle de la paroi. Il existe un gros œdème des deux pieds et une escarre sacrée. Amaigrissement intensé. Ictère complet. Mort dans le marasme le 16 mai 1925, cinq semaines après l'intervention.

OBSERVATION XXI.

D^r PAPIN, *Cancer du pylore. Laparotomie « in extremis ». Mort.* .

M. R..., 39 ans. Présente des douleurs gastriques depuis un an. Le médecin qui le soigne n'a fait pratiquer ni la radio ni l'étude du chimisme gastrique, mais a fourni un régime et ordonné des poudres.

En avril 1924, hématomèses subintrantes. Le malade est vu à ce moment. Il est dans un état de faiblesse très marqué. Pouls très rapide; tension artérielle inexistante.

Quinze jours après l'arrêt de l'hémorragie et sur l'insistance des médecins, laparotomie faite *in extremis*. Cancer du pylore encore mobile. Foie bourré de noyaux cancéreux.

Mort cinq à six jours après l'intervention.

OBSERVATION XXII.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

M. L. L..., 41 ans.

Souffre de l'estomac depuis février dernier. Pesanteur après les repas; pas d'anorexie; amaigrissement. En mai, commence à vomir.

De janvier à août, amaigrissement de 17 kilos.

Pas d'ascite. Petite adénopathie sus-claviculaire gauche. Sténose à peu près complète du pylore.

Opération le 28 août 1924. — Schleich. Gros néoplasme infiltrant tout l'estomac, sauf la partie supérieure. Le néo, en bas, prend déjà le côlon transverse. Un peu d'ascite. Rien d'apparent au foie.

L'étroitesse de la zone saine ne permet même pas de faire une gastro-entérostomie.

Bonnes suites locales.

Mais le douzième jour apparaît une phlébite du bras.

La cachexie augmente et le malade meurt à la maison de Santé le 1^{er} octobre 1924.

OBSERVATION XXIII.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

L... (Joachim), 60 ans.

Début en novembre 1921 par de l'amaigrissement. Depuis cinq mois, l'appétit diminue. Pas de douleurs jusqu'à il y a deux mois. Jamais de vomissements; quelques régurgitations après avoir mangé.

Au niveau de la partie supérieure du muscle grand droit gauche, on sent un placard dur, grand comme une paume de main, douloureux à la pression. Foie très volumineux. Rien ailleurs.

En huit mois, le malade a maigri de 15 kilos.

Radioscopie. — Biloculation irréductible adhérente et indéformable.

Poche supérieure très dilatée. Poche inférieure se vidant bien par le pylore.

Diagnostic. — Cancer de l'estomac ayant probablement dépassé la paroi gastrique.

Opération le 28 juillet 1922. — Sous rachianesthésie. Estomac infiltré et bourré dans sa presque totalité de noyaux durs et confluent qui remontent jusque vers le cardia.

Noyaux secondaires dans le foie.

On referme.

Guérison opératoire.

Le malade continue à se cachectiser.

OBSERVATION XXIV.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

B... (Marie), 69 ans. A perdu l'appétit depuis un an. Les douleurs gastriques ne sont survenues que deux à trois mois après et se sont accompagnées de vomissements alimentaires. Jamais d'hématémèse ni de mœlène.

Amaigrissement considérable.

Dans la région ombilicale, un peu à gauche, on sent une masse du volume du poing, difficile à limiter, qu'on mobilise néanmoins et dont il est impossible de déterminer avec certitude si elle vient de l'estomac ou du côlon transverse.

Foie petit. Pas d'ascite. Rien ailleurs.

Urée sanguine, 0,30. Tension : Mx, 14; Mn, 8.

Opération le 22 août 1922. — Anesthésie au Schleich. Laparotomie exploratrice pour volumineux cancer de l'estomac adhérent au côlon transverse et ayant donné des noyaux secondaires dans le foie.

Guérison opératoire.

OBSERVATION XXV.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

P... (Jean), 64 ans. Malade depuis huit mois. Pesanteurs d'estomac; amaigrissement; pas de vomissements, pas de mœlena.

A la palpation, tumeur assez volumineuse et un peu mobile entre l'ombilic et le rebord costal gauche.

Radioscopie. — Grosses images lacunaires au niveau de la grande courbure. Pas de sténose pylorique.

Liquide gastrique. — Anachlorhydrie. Pas de signes de métastases. Mauvais état général.

Opération le 17 août 1921. — Rachianesthésie. Il existe une grosse tumeur de l'estomac au niveau de la grande courbure, intimement adhérente au côlon transverse (peut-être y a-t-il une fistule gastro-colique, ce que peuvent faire supposer la radio et la diarrhée incoercible qu'a ce malade depuis trois jours).

Sur l'estomac, le néoplasme remonte très haut.

L'état général du sujet ne permet pas l'exérèse.

Suites opératoires. — Cicatrisation *per primam*.

Le malade quitte l'hôpital le vingtième jour; il est cachectique.

OBSERVATION XXVI.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

C... (Léopold), 67 ans. Opéré il y a un an et demi par le docteur Lacouture, pour ulcus sténosant du pylore (gastro-entérostomie).

Va bien jusqu'en avril 1923. A partir de ce moment, il souffre comme autrefois. En juillet 1923, il présente de grands vomissements. Gros amaigrissement.

Radioscopie. — Stase complète du bismuth. Aucune évacuation ni par le pylore ni par la bouche de gastro-entérostomie.

Opération en août 1924. — Après quinze jours de préparation, laparotomie exploratrice sous anesthésie loco-régionale.

Adhérences unissant l'estomac et le foie et sous lesquelles on sent

une masse dure du type néoplasique, nodules hépatiques secondaires.

Meurt quinze jours après de cachexie.

OBSERVATION XXVII.

D^r PAPIN, *Cancer de l'estomac. Laparotomie exploratrice.*

B... (Paulin), 47 ans.

Souffre de l'estomac depuis décembre 1923. Dès janvier 1924, il se met à vomir à peu près tous les jours.

Le malade a maigri de 10 kilos environ.

A l'examen, tumeur épigastrique du volume du poing, qui a notablement diminué après application de glace. Rien ailleurs.

A la radioscopie, disparition presque complète de l'antrum pylorique.

Liquide de stase hypoacide et contenant du sang.

Examen hématologique : 2.770.000 globules rouges.

Opération le 14 mars 1924. — Sous éther. Gros néoplasme de l'antrum pylorique adhérent intimement au foie qui contient quelques petits noyaux blanchâtres.

Laparotomie purement exploratrice.

Guérison opératoire.

Le malade sort de l'hôpital dans un état de cachexie extrême.

OBSERVATION XXVIII.

D^r PAPIN, *Néoplasme gastrique. Laparotomie exploratrice.*

Mme D..., 63 ans. Souffre de l'estomac depuis longtemps. A perdu l'appétit et a de petites envies de vomir depuis un an environ. Depuis quelque temps, accentuation graduelle de ces signes, amaigrissement et perte des forces.

On trouve une tumeur bosselée et dure au niveau de l'ombilic. On hésite entre néo du côlon et néo de l'estomac.

Opération le 10 novembre 1924. — Scopolamine-morphine et très

peu de mélange de schleich. Néoplasme de l'estomac paraissant avoir commencé sur la petite courbure où les lésions sont au maximum. Ganglions coronaires stomachiques très haut. De la petite courbure, le néoplasme gagne le bord supérieur du pancréas auquel il adhère et il y a à ce niveau dans le pancréas une tumeur très dure du volume d'une grosse noix, faisant corps avec la petite courbure.

Sans cette propagation pancréatique, le cas serait techniquement opérable. Rien au foie.

On referme l'abdomen.

Guérison opératoire *per primam*.

La malade meurt du progrès de son mal quelque temps après.

Statistique opératoire du docteur Charbonnel (1)

Gastro-pylorectomies, 5; morts, 2; mortalité, 40 p. 100.

Gastro-entérostomies, 6; morts, 2; mortalité, 33,3 p. 100.

Laparotomies exploratrices, 4; mort, 0; mortalité, 0 p. 100.

OBSERVATION I

D^r CHARBONNEL, *Cancer du pylore avec sténose au début.*

Gastro-pylorectomie. Guérison opératoire.

Femme de 48 ans, souffre de l'estomac depuis six mois environ. Assez bon état général. Grosse tumeur dure et mobile de la région pylorique. Aucune contre-indication par ailleurs. Après deux ou trois jours de préparation, lavages à l'eau iodée.

Opération le 3 septembre 1924. — Caféïne, morphine, 10 centigrammes de syncaïne entre D¹⁰ et D¹¹. Très peu de chloro pour fermer.

(1) Nous remercions notre Maître, le docteur Charbonnel, qui a bien voulu nous confier cette statistique (qui, mises à part les observations III et IV, est inédite).

Incision transversale oblique. Grosse tumeur pylorique opérable. Le fond de la vésicule est accolé à la tumeur et doit être réséqué (reconstitution de la vésicule par une suture en deux plans). Gastro-pylorectomie large.

Le duodénum est enfoui à la Cunéo. Rétablissement de la continuité gastro-intestinale par un Finsterer-Cunéo. Mèche sur le duodénum.

Examen de la pièce opératoire. — Grosse tumeur en chou-fleur; peu de ganglions.

Suites opératoires. — Le lendemain, pouls à 110, puis à 140; un peu de hoquet, centre douloureux. On fait sauter quelques points et l'on mèche davantage du côté duodénal.

Guérison.

En février 1925, on a de très bonnes nouvelles de la malade.

OBSERVATION II

D^r CHARBONNEL, *Néoplasme pylorique. Gastro-pylorectomie en deux temps. Guérison opératoire.*

Homme de 53 ans, souffre de l'estomac depuis vingt ans. Depuis six mois, anorexie, amaigrissement, teint jaunâtre. Le jour de son arrivée à l'hôpital, il fait une grosse hématomèse de sang noirâtre.

L'examen reste nul.

Diagnostic : Ulcéro-cancer.

Opération 1^{er} temps le 23 mai 1925. — Anesthésie locale. Laparotomie transversale oblique. Infiltration des splanchniques et du petit épiploon.

Il existe une tumeur pylorique bosselée, grosse comme une noix, mobile. Il y a des ganglions sur la petite courbure (l'un d'eux, prélevé, n'était à l'examen histologique le siège d'aucune métastase). L'estomac est très dilaté et flasque.

On fait une gastro-entérostomie très à gauche.

2^e temps le 18 juin 1925. — Anesthésie para-vertébrale, plus quelques bouffées de chloro. Même incision. Adhérences très nombreuses, saignant facilement. *La tumeur a diminué.* Mais il reste un

pylore dur et irrégulier. Dans le doute, on ne s'abstient pas. On fait une gastro-pyloréctomie. Il y a des adhérences avec le pancréas. On trouve deux gros ganglions sous-pyloriques (ils n'ont pas l'aspect néoplasique).

On met un sac de gaze avec un drain au voisinage du duodénum. Guérison opératoire.

Examen de la pièce. — La muqueuse est saine, non ulcérée. Il y a une énorme infiltration de la sous-muqueuse. Macroscopiquement, on dirait qu'il s'agit de *linite* (1).

OBSERVATION III

D^r CHARBONNEL, *Ulcéro-cancer de la petite courbure. Résection annulaire médiogastrique. Guérison opératoire* (2).

X..., 52 ans, souffrait depuis longtemps de l'estomac. Mais depuis huit mois, douleurs intolérables. Le malade devient squelettique. Il vomit tout et a une diarrhée profuse.

La radioscopie montre une trilocation vraie avec poche intermédiaire. Pas d'hyperchlorhydrie.

Opération le 20 octobre 1920. — Anesthésie paravertébrale, plus chloro. Petite courbure très indurée, adhérente à la face inférieure du foie. Adhérences irradiant de la petite courbure et bridant l'estomac, ce qui donne l'aspect triloculaire. La petite courbure est libérée en taillant dans le foie. Pylore intact. En poursuivant l'excision, on s'aperçoit que toute la face postérieure de l'estomac est, sur sa partie médiane, remplacée par un ulcère grand comme la paume de la main, extériorisé dans le pancréas et continuant à gauche vers la queue de cet organe. Résection annulaire médiogastrique.

Suture pariétale en un plan au fil de bronze.

Suites assez simples troublées au onzième jour par une fistule gastrique rapidement tarie.

(1) Nous apprenons au dernier moment que l'histologie n'a pas encore pu affirmer la nature cancéreuse ou inflammatoire de cette tumeur.

(2) Observation publiée dans les *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, XXVI^e, n° 4, avril 1923. Voir aussi Thèse de Boulin, Bordeaux, 1924.

Examen histologique. — Ulcère présentant des points de dégénérescence épithéliomateuse.

Au mois de mars 1924, trois ans et cinq mois après l'opération, le malade allait bien.

OBSERVATION IV

D^r CHARBONNEL, *Néoplasme du pylore au début.*

Pyloro-gastrectomie. Mort (1) (Résumée).

M. X..., 58 ans. Pas d'antécédents d'ulcère stomacal. Inappétence absolue depuis quelques semaines. Amaigrissement, constipation. Examen physique et laboratoire font faire le diagnostic de cancer de l'estomac, probablement de la partie moyenne.

Après huit jours de préparation :

Opération en avril 1920. — Sous anesthésie locale, plus mélange de Billroth discontinu. On ne trouve rien à la partie moyenne, mais au pylore une zone nettement dure, très localisée, avec petits points indurés; pas de ganglions.

Gastro-pylorectomie.

Décès le surlendemain par dilatation aiguë de l'estomac.

Examen histologique (D^r Sabrazès). — Zones adénomateuses avec points de dégénérescence carcinomateuse nette, où la basale est dépassée, juste au niveau du point culminant du pylore.

OBSERVATION V

D^r CHARBONNEL, *Cancer du pylore. Pylorectomie en deux temps.*

Mort.

Femme de 66 ans, entrée en pleine cachexie pour constipation opiniâtre sans autre signe par ailleurs.

Le 16 juillet 1924, sous éther, 1^{re} intervention.

(1) Observation publiée dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1923, n° 9, in article Charrier et Charbonnel (Obs. I).

On ne trouve rien à l'intestin, mais on découvre un cancer pylorique opérable malgré qu'il y ait des ganglions.

Gastro-entérostomie postérieure.

Dans la suite, la malade se remonte assez mal, fait de la diarrhée, puis reprend peu à peu.

2^e opération le 13 août 1924. — Rachianesthésie avec 9 centigrammes de syncaïne entre D¹⁰ et D¹¹. Durée de l'opération une heure et quart.

Laparotomie oblique transversale. Pylorectomie large, mais faite au ras du néoplasme à cause de la bouche de gastro-entérostomie. Large ablation de la petite courbure à cause de la chaîne ganglionnaire.

Enfouissement du duodénum à la Cunéo. Mèche dans la région duodénale.

Le 14 août, pouls à 130; température, 37°9.

La malade va bien jusqu'au 19 août. Le matin de ce jour l'état de la malade s'aggrave, le pouls se précipite, le ventre se ballonne et la malade meurt.

OBSERVATION VI

D^r CHARBONNEL, *Cancer de l'estomac. Gastro-entérostomie. Mort.*

Homme de 40 ans, qui arrive avec un estomac dans le dernier degré de la cachexie et de l'inanition. Il a une vieille histoire ulcéreuse et, depuis six mois, les signes d'une sténose pylorique qui s'est installée progressivement.

A la radioscopie, on voit un énorme estomac, avec une sténose pylorique à peu près complète. Image lacunaire de la région pylorique. Après lavage de l'estomac, l'épigastre étant moins tendu, on sent une tumeur mobile et dure.

On pratique, le 6 décembre 1911, une gastro-entérostomie postérieure sous anesthésie locale. Mort le lendemain.

Autopsie. — Enorme tumeur gastrique avec adénopathie très marquée. La suture de l'abouchement gastro-jéjunal est très bien.

OBSERVATION VII

D^r CHARBONNEL, *Cancer pylorique. Gastro-entérostomie.*
Guérison opératoire.

Homme de 58 ans. Il présente une histoire gastrique sans grande netteté. Depuis un an, il a des douleurs tardives post prandiales, de l'anorexie et, depuis un mois, des signes progressifs de sténose pylorique.

En même temps, son état général a décliné, si bien qu'il arrive cachectique, hypotendu.

A la radioscopie, on voit une sténose pylorique avec une image d'aspect caractéristique au point de vue de la nature néoplasique du mal.

Après quatre jours de préparation.

Opération le 30 août 1920. — Anesthésie paravertébrale, plus quelques gouttes de chloroforme pour refermer.

On trouve un cancer inopérable, adhérent au mésocôlon transverse à tel point qu'il est absolument impossible de pratiquer une gastro-entérostomie postérieure.

On fait une gastro-entérostomie antérieure suivie d'une jéjunostomie.

Le malade sort le quinzième jour après des suites opératoires régulières.

Revu en novembre 1922, le malade a repris du poids et se trouve mieux.

En décembre, il perd l'appétit et maigrit de nouveau. A ce moment, on ne trouve rien de perceptible au point de vue local.

Le 6 décembre, apparition d'un syndrome ictérique.

Le malade meurt le 6 février 1923, soit un peu plus de cinq mois après l'opération.

OBSERVATION VIII

D^r CHARBONNEL, *Sténose cancéreuse du pylore. Gastro-entérostomie.*
Mort.

Femme de 41 ans. Sans antécédents gastriques. Elle souffre de l'estomac depuis quatre mois et présente des vomissements conte-

nant des aliments ingérés longtemps avant. Etat de cachexie. Estomac énorme se dilatant sous la paroi.

A la radio, distension gastrique. Aspect en ligne droite de la petite courbure. Liquide gastrique. Pas de HCl. Présence d'acide butyrique et de sang.

Opération le 10 août 1921. — Laparotomie médiane sous éther. L'estomac est énorme. Sur la petite courbure, il y a une tumeur bosselée et dure. Il y a des ganglions jusque dans le mésentère. S'il n'en était pas ainsi et si l'estomac n'était pas surdistendu, la tumeur serait opérable. On fait cependant une gastro-entérostomie très à gauche dans l'idée de pratiquer l'exérèse dans un deuxième temps.

Suites opératoires difficiles le premier jour. Puis amélioration jusqu'au douzième jour où la malade meurt d'une syncope.

Nécropsie. — Bouche de gastro en parfait état.

On trouve un noyau cancéreux secondaire sur le côlon. Caillot dans l'artère pulmonaire.

OBSERVATION IX.

Dr CHARBONNEL, *Cancer gastrique.*

Gastro-entérostomie. Guérison opératoire.

H..., 43 ans. Se plaint de pituites depuis plusieurs années. Pas d'antécédents pathologiques autres qu'une lombarthrie pour laquelle on l'a récemment radiographié.

Depuis trois mois, perte de l'appétit, amaigrissement, pâleur, sensation de poids à l'épigastre. Jamais de vomissements, d'hématémèses, ni de mœlena.

Examiné le 29 mars 1922. Pas grand'chose à l'examen. Il y a une petite nodosité dure au cœur sus-claviculaire gauche. Deux radios faites à huit jours d'intervalle par le docteur Réchou et montrant des images lacunaires sont très affirmatives sur la nature du mal.

Opération le 6 avril 1922. — Anesthésie locale insuffisante, plus quelques bouffées d'éther.

On trouve un cancer gastrique gros comme une mandarine empiétant sur les deux faces. Le petit épiploon est infiltré et nodulaire, toute la grande courbure est prise et la tumeur adhère au méso-côlon.

Il reste justé assez de place pour faire dans la profondeur de l'arrière-cavité une gastro-entérostomie postérieure très difficile à exécuter.

Guérison opératoire. Le malade sort le 25 avril avec un peu d'ictère. Son état général ne s'est pas du tout remonté. Mort. le 4 juin 1922, soit deux mois après l'opération.

OBSERVATION X.

D^r CHARBONNEL, *Cancer gastrique.*

Gastro-entérostomie. Guérison opératoire.

Il s'agit d'un homme qui, depuis six mois, présente des vomissements, des douleurs épigastriques après les repas, de l'anoxerie. En même temps, il y a un fléchissement rapide de son état général.

Rien à signaler au point de vue de l'examen. L'étude du chimisme gastrique ne dit rien de particulier. Il y a du sang dans les selles.

Aux rayons X, il y a une importante dilatation de l'estomac et de la stase bismuthée au niveau de la deuxième portion duodénale.

Opération le 27 janvier 1925. — Rachi-anesthésie faite entre D¹⁰ et D¹¹, insuffisante.

Incision transversale oblique. On trouve un cancer envahissant le pylore, la petite courbure et la première portion du duodénum. Adhérence à la vésicule.

Granulations sur le grêle.

Gastro-entérostomie postérieure. Guérison opératoire. Le malade sort le 26 février 1925. Mort trois semaines après.

OBSERVATION XI.

D^r CHARBONNEL, *Sténose cancéreuse du pylore.*
Gastro-entérostomie. Guérison opératoire.

M. N..., 60 ans, obèse, emphysémateux, aurait été soigné pour une gomme syphilitique de l'aisselle. B.-W (—).

Pas de passé gastrique.

Depuis mars 1923, le malade perd l'appétit et se fatigue.

Depuis mai, il maigrit, il a des douleurs gastriques post-prandiales. Deux vomissements. Pas d'hématémèses, pas de mœlena.

Examen. — Malade encore gras, mais pâle et fatigué. Le foie est petit. Lavage d'estomac à jeun; liquide sale où l'on trouve des pruneaux mangés quatre jours avant.

Radioscopie. — Sténose presque complète du pylore avec bulbe tronqué. Point douloureux dans la région pylorique.

Après préparation habituelle,

Opération le 3 août 1923. — Adiposité pariétale considérable. Estomac très dilaté et congestionné. On trouve une très petite induration pylorique adhérente à la petite courbure. Pas de ganglions. Le diagnostic est hésitant entre cancer et ulcère calleux.

Le décollement colo-épiploïque montre quelques adhérences facilement libérables.

Rien ailleurs. La tumeur est difficilement accessible et difficilement extériorisable.

A cause de l'âge du malade, de l'adiposité (les méso, le grand épiploon sont surchargés de graisse), de la profondeur à laquelle on opère, des lésions pulmonaires, on pense qu'une gastrectomie serait pénible et mal supportée.

On pratique une gastro-entérostomie postérieure. Fermeture de la plaie. Guérison opératoire.

Le malade, vu en octobre, n'allait pas trop mal, mais présentait un nodule induré au niveau de sa cicatrice.

Mort le 22 mars 1924, soit six mois après l'opération.

OBSERVATION XII.

D^r CHARBONNEL, *Ulcéro-cancer avec péricarite.*
Laparotomie. Guérison opératoire.

X..., 47 ans. Syphilitique, paludéen. Souffre depuis deux ans de l'estomac. Douleurs précoces après les repas, pas de pyrosis. Depuis huit mois, les douleurs sont plus continues. Pas d'anorexie, pas de vomissements. Depuis trois semaines, fièvre, amaigrissement considérable. Traitement quinquique et anti-syphilitique sans résultat).

Examen. — Malade pâle, maigre, fébrile. Voussure épigastrique et à l'hypocondre gauche. Cette tuméfaction est diffuse, peu mobile, douloureuse.

Diagnostic. — Ulcéro-cancer avec péricarite peut-être suppurée. Après préparation habituelle,

Opération juillet 1923. — Anesthésie régionale, plus quelques gouttes de chloroforme.

Laparotomie médiane. La petite courbure et les deux faces gastriques sont cartonnées et indurées. Seule la bordure de la grande courbure est souple, mais elle est rouge et friable. Sur la petite courbure, il y a des noyaux bosselés et durs. Ganglions sur la grande courbure. En détruisant les adhérences, on trouve entre le foie et la petite courbure, une zone d'aspect puriforme, verdâtre.

On se contente de matelasser cette partie avec de l'épiploon. La gastro-entérostomie est impossible à pratiquer à cause de l'adhérence complète du mésocolon. Il n'y a plus d'arrière-cavité des épiploons. Il n'y a pas assez de grande courbure libre pour pratiquer la gastro selon le mode de Témoin. Il est de plus impossible d'attirer l'estomac friable et rétracté.

Suites relativement bonnes, malgré un hoquet tenace.

Le 10 juillet, phlébite gauche.

Le 17, le malade sort, pâle et se cachectisant. Il est mort peu après.

OBSERVATION XIII.

D^r CHARBONNEL, *Cancer de la petite courbure et du cardia.*
Laparotomie exploratrice. Guérison opératoire.

Homme de 60 ans. Arrive en pleine cachexie. Il se plaint d'anorexie depuis six mois environ. De plus, il présente des régurgitations succédant immédiatement à la prise d'aliments liquides ou solides. Puis il mange sans vomir. Il a quelques fois des vomissements bilieux. Pas de stase gastrique. Foie gros, mais non bosselé.

Diagnostic. — Cancer de la portion cardiaque de l'estomac.

Radioscopie. — Spasme du cardia avec sténose médiogastrique. Il y a une très petite poche cardiaque.

Opération le 20 juin 1922 (mélange de Billroth). — Laparotomie médiane. Le foie est gros et gênant. On trouve un cancer gros, bosselé, qui occupe toute la petite courbure et gagne vers le cardia. Il est mobile. La partie sus-stricturale s'attire très mal. La gastro-entérostomie serait inutile et très difficile.

Comme il n'y a pas de sténose, on ne fait ni jéjunostomie, ni gastrostomie. On referme.

Guérison opératoire malgré une éviscération survenue le treizième jour, jour où l'on a enlevé les points.

Cachexie progressive. Mort en octobre 1922.

OBSERVATION XIV.

D^r CHARBONNEL, *Sténose cancéreuse du pylore chez une jeune fille de 23 ans. Laparotomie exploratrice. Guérison opératoire.*

Jeune fille de 23 ans, qui aurait souffert de l'estomac depuis longtemps. Elle arrive cachectique, avec des vomissements, de l'oligurie, une sténose à peu près complète du pylore. Pas d'acétonurie. Tension artérielle, Mx, 8; Mn, 7; I., 3/4.

Opération le 24 avril 1924. — Sous anesthésie locale. Tumeur très dure du pylore, granulations péritonéales nombreuses. Racines mésentériques infiltrées, nombreux ganglions.

On prélève un ganglion pour l'examen histologique.

On referme la paroi.

Guérison opératoire.

Un mois et demi après, la malade vivait encore, mais avait fortement décliné.

Le ganglion examiné par le docteur Sabrazès était le siège d'une métastase cancéreuse.

OBSERVATION XV.

D^r CHARBONNEL, *Cancer gastrique.*

Laparotomie exploratrice. Guérison opératoire.

Femme de 45 ans, maigre, pâle, cachectique. Souffre de l'estomac depuis six mois. La tumeur que l'on sent à l'épigastre atteint le rebord costal gauche.

La radio lève tous les doutes. Tension artérielle : Mx, 9; Mn, 6; I., 3/4. Soins habituels préparatoires. (On ne peut pas passer le tube de Faucher).

Opération le 26 septembre 1924. — Sous éther. Incision transversale oblique donnant un très bon jour, mais laissant mal accéder à la région cardiaque.

Cancer énorme de la petite courbure remontant jusqu'au cardia. Masses ganglionnaires jusqu'au pédicule splénique.

Le cancer est collé à la face inférieure du foie qui, par ailleurs normal, semble être atteint par le cancer au niveau de la zone d'accolement.

Ceci fait décider l'abstention. D'ailleurs, la gastrectomie, qu'on aurait dû faire *totale*, à cause de la très petite zone restée saine au niveau de la poche cardiaque, aurait été très difficile.

Guérison opératoire. Mort deux mois après de cachexie.

CONCLUSIONS

1° A l'heure actuelle, il est encore difficile de distinguer les formes cliniques donnant des résultats favorables après l'exérèse de celles qui récidivent après gastrectomie pour cancer ;

2° La gastrectomie est l'opération de choix tant au point de vue curatif qu'au point de vue simplement palliatif. Pour affirmer le diagnostic de l'opérabilité ou de l'inopérabilité d'une tumeur stomacale, seule la laparotomie exploratrice peut donner une certitude. On doit y recourir même dans les cas paraissant *a priori* être au-dessus des ressources de la chirurgie ;

3° La plupart des contre-indications classiques à la laparotomie et aux opérations radicales sont à réviser ; leur nombre et leur rigueur doivent être diminués.

Les opérations dites palliatives ne doivent vivre que des contre-indications absolues de la gastro-pyloréctomie. Mais dans les cas où celle-ci est impraticable, on doit s'efforcer de faire courir au malade sa dernière chance en pratiquant une opération palliative.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président
L. PRINCETEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 29 juin 1925.
Le Recteur de l'Académie.

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- APERLO. — Il segno di Tansini per la diagnosi di metastasi intestinale del carcinoma del pilori. *Riforma medical*, Napoli, 1923, XXXIX, 123, 25.
- BELIN. — Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral. Thèse de Paris, 1887-1888.
- BENSAUDE. — Étude clinique des métastases du néoplasme de l'estomac : importance diagnostique des métastases rectales. Société médicale des hôpitaux de Paris, 1920, p. 382.
- BOECKEL. — De l'ablation de l'estomac. Paris, 1903, Alcan.
- BOUQUELOT. — Des généralisations extraabdominales des cancers de l'estomac. Thèse de Paris, 1909-1910.
- BRIN. — Gastrectomie très étendue pour cancer de la petite courbure et de la face antérieure; guérison. *Bulletin de la Société de méd. d'Angers*, 1910, n° 6, p. 229.
- BRÜNNER. — Extirpation des Magenkarzinoms. *Schw. Med. Wochenschrift.*, Basel, 1922, LII, p. 261.
- CHARBONNEL. — Sur le ganglion de Troisier. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1921, p. 152.
- CHARRIER et CHARBONNEL. — Résultats de treize gastrectomies pour cancers et ulcères. *Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1923, n° 9, t. XCV.
- Gastrectomies totales et subtotaux pour cancer. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 octobre 1924.
- CHARRIER et PRINCETEAU. — Gastrectomie subtotale pour cancer gastrique. Guérison depuis un an et quatre mois. *Journal de médecine de Bordeaux*, 25 février 1922.

- CHEEVER. — Personal experience with carcinoma of the stomach. *Boston M. et S. Journal*, 1924, CXC, p. 401.
- The operative curability of carcinoma of the stomach. *Ann. Surg. Phila.*, 1923, LXXVIII, 332-344.
- COHN. — Examen radioscopique d'une femme qui a subi une gastrectomie totale un an auparavant. *Berliner Klin. Wochenschrift.*, 20 juillet 1913.
- CUNÉO. — Thèse de Paris, 1900.
- DELAGENIÈRE. — *Archives provinciales de chirurgie*, mars 1908.
- DELORE et DUNET. — *Lyon médical*, 1923, t. XXXII, p. 552.
- Des interventions opératives dans le cancer de l'estomac. *Revue de chirurgie*, 1922, p. 463-467.
- DELORE et FLORENCE. — Société des sciences médicales de Lyon, juillet 1911.
- DELORE et LERICHE. — Chirurgie du cancer gastrique. *Lyon chirurgical*, 1909, p. 281.
- DE LUNA. — Radiumthérapie des cancers de l'estomac et de l'intestin. *Sud médical et chirurgical*, Marseille, 15 janvier 1922.
- DE MARTEL. — Pièce de gastrectomie totale. Société de chirurgie de Paris, 14 avril 1920.
- FAROY. — Un cas de gastrectomie subtotale avec survie de trois ans (Billroth I). *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 2 février 1923.
- GROSS. — Gastrectomie subtotale. *Revue médicale de l'Est*, 15 juillet 1912.
- GÜSSENBAUER et WINIWARTER. — *Archiv für Klinische Chirurgie von Langenbeck*, B1 XIX, 372, 1876.
- HABERLIN. — Un cas de gastrectomie totale pour cancer. *Med. Klin.*, 26 juin 1910.
- HABERER (VON). — Gastrectomie totale pour tumeur. *Wiener Klinische Wochenschrift.*, 23 juin 1910.
- JOURDAN. — Gastrectomie subtotale pour cancer du pylore. *Marseille médical*, 1^{er} mai 1911, n° 9.
- KELLING. — Zur Totalsrezektion des Karzinomatösen Magens. *Archiv für Klin. Chir.*, Berlin, 1923, CXXV, p. 458.

- KLEINSCHMIDT. — *Klinische Wochenschrift.*, Berlin, t. I, n° 11, 29 juillet 1922.
- KREUTER et ERWIN. — Ueber die Totalexstirpation des Karzinomatösen Magens. *Deutsch. Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1922, 172 Band, p. 361.
- LACOUTURE et MASSÉ. — Sur 74 cas de chirurgie gastrique. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 avril 1923, n° 7.
- LEBERT. — *Die Krankheiten des Magens*, 1878.
- LEFÈVRE. — Quelques réflexions au sujet d'une statistique de chirurgie gastrique. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 17, 27 avril 1924.
- *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1923.
- LERICHE. — Thèse de Lyon, 1906.
- LION. — Les résultats éloignés de la gastrectomie pour cancer. Société de gastro-entérologie de Paris, 8 janvier 1923; *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1923, p. 156, t. XIII.
- LÖPER. — La cachexie du cancer de l'estomac. *Journal médical français*, 1920, IX, 317-321.
- LÖPER, FAROY et DEBRAY. — L'anémie du cancer de l'estomac. *Progrès médical*, 1921, XXXVI, p. 244.
- MARCORELLES. — Anémie et cancer de l'estomac. Thèse de Paris, 1909-1910.
- MARGARUCCI. — Gastrectomie subtotale pour cancer. *La Clinica chirurgica*, 31 mars 1910.
- MARIO. — Vaste résection de l'estomac. *La Clinica chirurgica*, 30 juin 1913.
- MARTIN et DECHEAUME. — La lymphangite cancéreuse dans ses rapports avec la forme ascitique du néoplasme gastrique. *Journal de médecine de Lyon*, 1923, p. 437.
- MATHIEU, SENCERT, TUFFIER. —
- MAUNSELL-MOULIN. — Un cas de gastrectomie subtotale pour cancer guérie depuis cinq ans. *The Lancet*, 9 mai 1914.
- MAYO. — *Annals of surgery*, avril 1919, n° 2.
- MÉLAMET. — Des survies prolongées après gastro-entérostomie pour
Chauvenet.

- sténose cancéreuse du pylore. Thèse de Paris, 1910-1911, n° 346.
- MERCADÉ (Selva). — Cancer du corps de l'estomac. Gastrectomie subtotale. Guérison. Société de chirurgie de Paris, 5 novembre 1919.
- MOUTIER. — Sur l'inversion habituelle du rapport entre le développement de l'épithélioma primitif de l'estomac et la masse de ses métastases hépatiques. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, n° 4, 1922.
- MOYNIHAN. — Un cas de gastrectomie complète. *The Lancet*, 12 août 1911.
- NARD. — Sur le ganglion de Troisier (étude diagnostique et thérapeutique chirurgicale). Thèse de Bordeaux, 1921-1922.
- OLIVIER. — 65 gastrectomies pour cancer. *Presse médicale*, 1921, p. 656.
- PAPIN. — Ulcère ou cancer de l'estomac? *Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 17 mai 1923, n° 20.
- PAUCHET. — Chirurgie du cancer de l'estomac. *Journal de chirurgie*, 1920, XVI, p. 129.
- Gastrectomie large pour cancer. *Paris chirurgical*, 19 mai 1922, n° 5.
- *La Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. VII, 1923.
- PEUGNIEZ. — Traitement du cancer de l'estomac. *Archives franco-belges de chirurgie*, 2 novembre 1921, t. XXV.
- Gastrectomie large pour cancer du cardia remontant à vingt-quatre ans. Académie de médecine, 1^{er} juillet 1924.
- SCHÖNBAUER et ORATOR. — Spätresultate bei Magenkarzinomen. *Wiener Klinische Wochenschrift.*, t. XXXVII, n° 4, janvier 1924.
- SCHÜPPEL. — Zur Kasuistik des Totalexstirpations des Magens wegen hochsitzenden Karzinoms. *Deutsch. Zeit. für Chir.*, Leipzig, 1924, CLXXXV, p. 268-273.
- SCHWYZER. — *Schweizerische Med. Wochenschrift.*, 20 octobre 1921, t. II, n° 42.
- TÉMOIN. — Résultats immédiats et éloignés de 168 résections partielles et subtotales de l'estomac pour cancer pylorique. *Arch. provinciales de chirurgie*, juin 1911, n° 6.

- THÉVENARD. — Technique et résultats de la gastrectomie subtotale pour cancer. *Paris surgical*, juillet 1910, n° 7.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac. Paris.
- TORCHETTI. — Die Süpraclaviculardrüven in der diagnose der Abdominallen Karzinomen. *Deutsche Arch. f. Klin. Medizin.*, 1900, t. LXVII, p. 574.
- UNGER. — Sur la gastrectomie totale. *Deutsche Med. Wochenschrift.*, 13 mars 1913, p. 500.
- VANDERELEST. — Un cas de gastrectomie totale. *Le Scalpel*, Bruxelles, avril 1922.
- VIANNEY. — Gastrectomie totale pour cancer. *La Loire médicale*, 15 juin 1912.
- VILLAR (F.). — Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 8 avril 1921. In *Gazette hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1921, p. 286.
- VRAGASSY. — Gastrectomie totale pour cancer suivie de succès. *Buda-pesti orvosi Uprag.*, 25 janvier 1912, n° 4.
- ZUMBADO. — Un cas d'extirpation presque totale de l'estomac pour cancer avancé. *Gaceta medica de Costa-Rica*, novembre 1909.
- ZYTOFF. — Étude sur la résection totale de l'estomac. *Novoie Z. Meditzine*, 15 janvier 1911, t. V, n° 1.

